

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika předškolního věku

VYUŽITÍ HUDBY U PARKINSONOVY CHOROBY USING MUSIC IN PARKINSON'S DISEASE

Bakalářská práce: 11–FP–KSS– 2030

Autor:

Eva SMEJKALOVÁ

Podpis:

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jitka Pejřimovská

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
78	6	0	12	34	3+1CD

V Liberci dne: 27. 4. 2012

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva SMEJKALOVÁ**
Osobní číslo: **P09000124**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika předškolního věku**
Název tématu: **Využití hudby u Parkinsonovy choroby**
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl: Charakterizovat problematiku nemocných s Parkinsonovou chorobou, zjistit a popsat vliv hudby na zlepšení jejich života.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Rozhovor, pozorování

Rozech grafických prací:

Rozech pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- BERGER, Jiří, KALITA, Zbyněk, ULČ, Igor. Parkinsonova choroba. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-13-9.
PIDRMAN, Vladimír. Demence. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
ROTH, Jan, SEKYROVÁ, Marcela, RŮŽIČKA, Evžen a kolektiv. Parkinsonova nemoc. 4. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-178-3.
RŮŽIČKA, Evžen, ROTH, Jan. Parkinsonova nemoc: diagnostický a léčebný standard. Praha: Psychiatrické centrum, 1998. ISBN 80-85121-19-0.
SCHWARZ, Shelley, Peterman. Parkinsonova nemoc. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2321-1.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jitka Pejštimovská
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce:

1. dubna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce: 27. dubna 2012


doc. RNDr. Miroslav Brouček, CSc.
děkan

L.S.


doc. PaedDr. Pavla Bana Pásková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 22. dubna 2011

Čestné prohlášení

Název práce: Využití hudby u Parkinsonovy choroby
Jméno a příjmení autora: Eva Smejkalová
Osobní číslo: P09000124

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne:

27.4.2012

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. et Mgr. Jitce Pejřimovské za odborné vedení a cenné připomínky v průběhu vypracování mé bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat všem klientům za jejich ochotu zúčastnit se průzkumu, neboť bez nich by práce nemohla vzniknout.

Dále bych také ráda poděkovala MUDr Petru Duškovi za veškeré odborné informace o Parkinsonově nemoci.

Název bakalářské práce: Využití hudby u Parkinsonovy choroby

Jméno a příjmení autora: Eva Smejkalová

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2012/2013

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. et Mgr. Jitka Pejřimovská

Anotace:

Bakalářská práce je zaměřena na zjištění vlivu hudby u klientů s Parkinsonovou nemocí.

Stěžejní kapitoly v teoretické části seznamují se současnými poznatky o výskytu, diagnostice a léčbě Parkinsonovy nemoci, popisují symptomy tohoto onemocnění, a to motorické a non - motorické, osobnostní dynamiku nemocných a problematiku v jejich psychosociální oblasti s využitím hudby v reedukaci a terapii.

Praktická část práce seznamuje s pozorovaným vlivem hudby na symptomy Parkinsonovy nemoci, na osobnostní stabilitu nemocných a jejich samostatnost v každodenních hudebně reedukačních činnostech.

Hudební reedukace u osob s Parkinsonovou nemocí byla prováděna po dobu deseti měsíců.

Vliv hudby na motorické a non - motorické symptomy byl shledán pozitivním a v závěru práce jsou doporučeny vhodné hudebně reedukační postupy.

Cíl práce pomocí vlivu hudby zlepšit kvalitu života klientů s Parkinsonovou nemocí byl splněn.

Klíčová slova:

Parkinsonova nemoc, využití hudby, hudební reedukace, motorický symptom, non-motorický symptom, rehabilitace, muzikoterapie

Title of the bachelor thesis: Using Music in Parkinson's disease

Author: Eva Smejkalová

Academic year of the bachelor thesis submission: 2012/2013

Supervisor: Mgr. et Mgr. Jitka Pejřimovská

Summary:

The thesis is aimed at how music can influence the life of people suffering from Parkinson's disease.

The theoretical part informs about current knowledge concerning the incidence, diagnostics and medical treatment of Parkinson's disease, it also describes the symptoms of this disease, motor and non – motor, personal dynamics of the diseased and the issues of the psychosocial area with the use of music for re – education and therapy.

The practical part follows the observed influence of music on the symptoms, personal stability of the diseased and their self – reliance in every day musical re – educative actions.

Musical re – education of the diseased people took ten months.

The influence of music on motor and non – motor symptoms has been found possitive and the final part of the thesis provides suitable musical re – educative procedures.

The aim of the work to improve the quality of life of the people with the disease thanks to the influence of music has been fulfilled.

Key words:

Parkinson's disease, use of music, musical re – education, motor symptom, non – motor symptom, rehabilitation, music therapy

Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLEMATIKY.....	10
1 Vymezení Parkinsonovy nemoci v kontextu speciální pedagogiky.....	10
1.1 Hudba v kontextu vývoje člověka.....	11
1.2 Vliv hudby na funkci CNS člověka.....	13
1.3 Hudba a její základní prvky.....	15
1.3.1 Rytmus, melodie, harmonie.....	16
1.3.2 „Mozartův efekt“ - diskutovaná oblast.....	18
2 Parkinsonova nemoc.....	20
2.1 Etiologie Parkinsonovy nemoci.....	21
2.2 Příznaky Parkinsonovy nemoci.....	22
2.3 Definice třesu.....	23
2.4 Psychické problémy.....	24
3 Léčba Parkinsonovy nemoci.....	27
3.1 Přehled léků užívaných u Parkinsonovy nemoci.....	27
3.2 Neurochirurgická léčba Parkinsonovy nemoci.....	28
3.3 Rehabilitační léčba.....	29
4 Specifika speciálně pedagogické práce s osobami se zdravotním postižením.....	33
PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
5 Cíl praktické části a stanovení předpokladů.....	34
6 Použité metody a postupy.....	35
7 Průběh průzkumu.....	38
7.1 Popis zkoumaného vzorku.....	38
7.1.1 Popis skupiny.....	38
8 Výsledky a jejich interpretace.....	41
8.1 Případové ilustrace jednotlivců ve skupině.....	41
8.2 Případová ilustrace v individuálním vedení klienta.....	57
8.3 Proces dosažení a podoby individuálně hudebního programu.....	62
8.4 Význam vytvoření individuálně hudebního programu.....	64
8.5 Hudební program sledovaného klienta.....	64
9 Sumarizace a interpretace výsledků práce.....	69
ZÁVĚR A NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ.....	74
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	76
SEZNAM PŘÍLOH.....	79
Příloha A – Lékařská zpráva klienta.....	80
Příloha B – Deník klienta.....	81
Příloha C - Záznam individuálních hudebních, domácích aktivit klienta.....	82

ÚVOD

Z fyzikálního hlediska je hudba vibracemi přenášejícími se vzduchem. Pokud přidáme rytmus, melodii a harmonii, vzniká docela jiný zážitek, který působí na psychiku, především emoce a osobnost člověka. Hudba představuje stimul pro pohyb a dech, ale současně i hluboký lidský prožitek.

Od dávných dob člověka provází hudba, zvuk i vibrace. Již plod vnímá zvuky okolí a hlas matky, primitivní národy používají bubny ve svých šamanských rituálech, tibetští mniši při meditacích mantru Óm. V Evropě stačí vzpomenout chorály, hudbu W. A. Mozarta nebo J. S. Bacha, nebo v dnešní době Beatles, tradiční japonské bubnování skupiny Yamato a mnoho dalších. V současné době existuje nepřehledné množství hudebních stylů. Hudba je fenoménem provázející člověka celou historií.

Když si autorka práce vybírala téma, jejím záměrem bylo najít takové, které by mohlo pomoci lidem. Bakalářská práce „*Využití hudby u Parkinsonovy nemoci*“ je pomocí těchto lidem zvládat projevy nemoci a vést ke zkvalitnění jejich života.

V první části autorka práce porovnává teoretické poznatky o Parkinsonově nemoci, léčení a rehabilitaci nemocných s využitím hudby.

V praktické části autorka vychází z desetiměsíční vlastní práce s klienty skupiny postižených Parkinsonovou nemocí. Empirické zkušenosti byly průběžně dokumentovány a zpracovávány s využitím videozáznamu. Samotní klienti vedli deníky, které byly průběžně vyhodnocovány autorkou práce. Vznikalo pracovní prostředí, které vedlo k samostatnému používání hudby ke zmírnění příznaků Parkinsonovy nemoci a současně vznikla svépomocná skupina. Vzhledem k potřebám klientů bylo nutné rozšířit použití metod a edukačních postupů.

Závěrem lze říci, že hudba a ostatní aktivity ovlivnily pozitivně klienty „*postižené*“ Parkinsonovou nemocí ve všech sledovaných oblastech. Došlo ke zlepšení motoriky, zvýšení samostatnosti i pokroku v oblasti psycho-sociální. Především byl splněn cíl práce alespoň malým podílem přispět ke zlepšení kvality života klientů s Parkinsonovou nemocí.

TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLEMATIKY

1 Vymezení Parkinsonovy nemoci v kontextu speciální pedagogiky

Parkinsonova nemoc spadá v oboru speciální pedagogiky do oblasti chronických onemocnění, kde je zařazena mezi tzv. neurodegenerativní onemocnění. Jedinci s Parkinsonovou nemocí patří mezi osoby se zdravotním postižením.

Předmětem péče speciální pedagogiky jsou osoby se *speciálními potřebami*, resp. osoby se *zdravotním postižením* a *sociálním znevýhodněním*, které potřebují různou škálu speciálních podpor nejen v oblasti výchovy, vzdělávání, ale i při pracovním a společenském uplatnění (Pešatová, Tomická 2007, s. 20).

Podle odborných studií se zastoupení lidí se *zdravotním postižením* v populaci hospodářsky vyspělých zemí odhaduje na 8–10% z celkového počtu obyvatel. Tento značný „*statistický rozptyl*“ je dán různými, místně se v různých hlediscích lišícími, kritérii toho, co je považováno za zdravotní postižení, zdůrazňuje Novosad (2002, s. 32) ve své publikaci.

Výše uvedené autorky dále definují pojem *zdravotní postižení*. Dle jejich mínění jde o dlouhodobý nebo trvalý stav, který již nelze léčbou zcela odstranit. Jeho důsledky však lze zmírnit soustavou promyšlených opatření, na nichž se však musí podílet celá společnost (Pešatová, Tomická 2007, s. 28).

Shodně definuje zdravotní postižení Průcha aj. v *Pedagogickém slovníku*, kde uvádí, že se jedná o jedince postiženého nějakým druhem trvalého tělesného, duševního, smyslového nebo řečového poškození, které mu bez speciální pomoci více – méně znemožňuje splňovat požadavky běžného vzdělávacího procesu a provozu (Průcha, aj. 2003, s. 117).

Z hlediska trendů péče o *jedince s postižením* jde o snahu zkvalitňovat podmínky života jedincům s postižením ve všech oblastech a pomocí různých forem. To vyžaduje humánní přístup (změnu postojů, názorů, hodnot) nepostižených jedinců, celé společnosti ve vztahu k lidem s „*odlišností*“ i jednotlivých společenských oblastí. S tímto úzce souvisí humanizace jako jeden z mnoha postojů ke *zdravotně postiženým jedincům*. Pešatová a Tomická humanizaci definují jako „*lásku k lidem, orientaci na hodnotu člověka, jeho práva na štěstí, svobodu, osobní rozvoj a uplatnění*“ (2007, s. 11). Autorky dále shodně uvádí, že

humánní přístup zahrnuje etický aspekt, který by se měl především uplatňovat i v označování „*lidí s postižením*.“ V České republice se nejčastěji používá pojem „*osoba (člověk, dítě, dospělý atd.) s postižením*“, který poměrně dobře vyjadřuje skutečnost, že postižení jsou především lidské bytosti, osoby, osobnosti, individuality a teprve druhotné je jejich postižení.

Cílem snažení dnešní společnosti je eliminace diskriminace osob se zdravotním postižením a odstranění přetrvávajících segregačních přístupů.

Přístup státu a orgánů veřejné správy k občanům s postižením je zakotven v těchto dokumentech:

- Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům. Usnesení vlády ČR č. 466 ze dne 29. června 1992.
- Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení. Usnesení vlády ČR č. 493 ze dne 8. září 1993.
- Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Usnesení vlády ČR č. 256 ze dne 14. dubna 1998.
- Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením. Usnesení vlády ČR č. 1004 ze dne 17. srpna 2005.

Z těchto přijatých opatření vyplývá přístup našeho státu ve smyslu naplňování nových trendů a přístupů k dětem a osobám se zdravotním postižením (Pešatová, Tomická 2007, s. 7, 8).

1.1 Hudba v kontextu vývoje člověka

V této kapitole vás autorka práce provede dějinami hudby v kontextu vývoje člověka.

Zvuk a hudba provází život člověka již od nepaměti. Působí na jeho psychickou i somatickou stránku a to pozitivním i negativním způsobem. Již ve starověké Číně, Izraeli, Egyptě a Řecku se lidé zabývali otázkami působení hudby na lidský organismus. Například Aristoteles doporučoval využití dórské stupnice, které připisoval duchovní sílu, a stupnice lydičské, které naopak připisoval velký vliv na děti (Mátejová, Mašura 1992, s. 38). Zabýval se také tzv. „*hudební katarzí*“, kterou měl na mysli určité uvolnění a následné odstranění zátěžových stavů za doprovodu emocí, zdůrazňuje Šimanovský (1998, s. 19). Rovněž však upozorňoval na škodlivost stupnice frýgické, kterou označoval jako znepokojující

a vyčerpávající. Doporučoval se vyhnout dionýsovské hudbě, jež je opojná a pro člověka nebezpečná (Mátejová, Mašura 1992, s.39).

Mátejová zdůrazňuje: „*pokud pochopíme, jak zvuk a hudba ovlivňují život člověka a zaměříme svou pozornost na nosný terapeutický účinek, který se zde skrývá, otevírají se nám nové možnosti, kterých můžeme využít nejen ve vlastním životě, ale i v oblasti pomáhajících profesí.*“ Jak je zde v úvodu této kapitoly naznačeno, léčebný efekt zvuku a hudby je znám již od počátku lidstva. Nejdříve však měla hudba elementární význam. Používalo se jí jako magického prostředku k ovládnutí přírodních sil, ale také jako způsobu boje proti nemocem a úzkosti ze smrti (Mátejová, Mašura 1992, s. 38).

Postupem času se z primitivního léčení magickým způsobem vyvinula celá řada cílených rituálů. Přírodní národy věřily, že hudba (spojení rytmu, zpěvu a tance), kterou provozuje *šaman*, vyhání z těla nemoci a zlé síly. Tyto rituály měly preventivní i léčebnou funkci. S vývojem civilizací se hudba začala používat ve spojení s jejími léčebnými účinky. Například v Egyptě již tři tisíce let před naším letopočtem plavili na loďkách své nemocné po Nilu za doprovodu uklidňující hudby, která byla hrána na jednoduché nástroje (Šimanovský 1998, s. 19).

Ze Starého zákona (první Kniha Králů) se dovídáme o králi Davidovi, který zpěvem a hrou na harfu vyléčil krále Saula z depresivních stavů. Scholastici byli naopak toho názoru, že harfa nepůsobila na Saula hudbou, ale svojí podobou kříže. Cajetanus se zase domníval, že právě hra na harfu vyléčila Saula, neboť její lahodnou hudbou se jeho srdce zúžené melancholií rozšířilo, a celkový stav se zlepšil (Mátejová, Mašura 1992, s. 36).

V Judeji a v sousedních krajinách používali hudbu i při léčení stavů transu, extáze či epilepsie. Jako příklad je zde možné uvést již zmiňovaného krále Saula a jeho stavy deprese, které byly často spojeny se stavy zuřivosti a melancholie, pocházející z epilepsie. Stavy narušení psychické rovnováhy „*u vysoce postavených osob*“ se hodnotili pozitivně, byli prý „*navštíveni Bohem*“ a nebo se „*přenesli k prorokům*“. Tak tomu bylo i u krále Saula, dodává Mašura (Mátejová, Mašura 1992, s. 36).

V 17. a 18. století se léčba hudbou nazývala „*iatromusica*“, kde se věnovala pozornost i biochemickým a fyziologickým procesům provázejícím hudební percepci.

Po druhé světové válce se využití zvuku a hudby silněji rozvíjí. V roce 1948 zakládá Alexis Pontvik tzv. švédskou školu zaměřenou na hudbu, tato škola dává hlavní funkci léčebnému procesu (Mátejová, Mašura 1992, s. 45, 47).

Paralelně s ní vzniká i jedna z prvních škol amerických. Podle americké školy je muzikoterapie „*pomocnou psychoterapeutickou metodou*“ uvádí Linka (1997, s. 57). Poté následuje zrání mnoha hudebně terapeutických teorií a rozvoj škol v dalších zemích.

Jak je vidět ze stručného historického popisu, využití hudby k léčebným, výchovným a náboženským účelům prošlo v dějinách mnoha změnami – jak v myšlenkové koncepci, tak v konkrétní praxi.

„Aplikace hudby k terapeutickým účelům bude vždy záviset na myšlení a jednání člověka,“ zdůrazňuje Zeleiová (2007, s. 27).

Význam rytmické výchovy u dětí s postižením vyzdvihl Otakar Chlup. Podle něho se rytmická výchova zvyšuje svalovou funkcí i intelektovou činností. Otakar Chlup vycházel z výzkumu mentálních projevů méně schopných dětí, ze kterých některé mají dobrý smysl pro rytmus, více než hudební nadání. První vědecká práce o využití hudební reedukace u nás, pochází, podle J. Schánilcové od B. Študlara. Poté nezávisle na sobě vznikají nová muzikoterapeutická pracoviště, která vytvořila své specifické metody práce. V roce 1975 založili Jitka Schánilcová – Vodňanská a Vojtěch Zappner „*Pracovní skupinu pro muzikoterapii*“ v Praze, která sdružuje psychology, psychiatry, pedagogy, vychovatele, muzikology a speciální pedagogy (Mátejová, Mašura 1992, s. 55).

Od 80. let 20. století působí v oblasti muzikoterapie Jitka Pejřimovská na Dětské psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Praze Motole. S Janou Procházkovou ve spolupráci s Jitkou Vodňanskou vytvářejí „větev“ muzikoterapie v oblasti dětské psychiatrie a péče o rodinu.

1.2 Vliv hudby na funkci CNS člověka

V kapitole „*Vliv hudby na funkci centrální nervové soustavy člověka*“ autorka práce popisuje souvislosti mezi působením poslechu hudby a zdravím člověka.

„Poslech hudby vyvolává v člověku určité psychické i somatické procesy. Člověk vnitřně pociťuje a prožívá působení hudby. Hudba a jednotlivé zvuky v něm vyvolávají jisté nálady, pocity, afekty, jakož i změny chování a současně jsou ovlivněny i nejdůležitější

vegetativní funkce, ale i tvorba hlasu, řeči i vlastní hudební aktivity,“ vysvětluje Mašura ve své publikaci.

Dále uvádí, *„hudba i jiné zvukové jevy jako je zpěv, řeč, i hluk přicházejí z prostředí do centrálního nervového systému, přes sluchový analyzátor jednak jako nová informace a jednak formou zpětné vazby. Informace ve zpětné vazbě se týká toho, co jsme vyslovili, zazpívali, co jsme zahráli na hudebním nástroji, ale i jiných zvuků“* (Mátejová, Mašura 1992, s. 64).

Na počátku vzniku zvuku je pohyb tělesa v prostoru. Existuje mnoho různých typů a forem pohybů. Hudební zvuky (tóny) vznikají na základě takového typu pohybu, který se nazývá periodickým kmitáním. Periodické kmitání představuje specifickou formu pohybu, při které se těleso pohybuje v určitém prostorovém vzorci, jenž se v čase mnohokrát opakuje. Zdrojem zvuku je kmitající těleso. Může to být například struna houslí či klavíru nebo vzduchový sloupec v píšťale. Vnímání zvuku probíhá v těchto krocích: ušní bubínek zachytává oscilace tlaku zvukové vlny vstupující do ucha a transformuje je do mechanického kmitání, které je přenášeno pomocí kůstek středního ucha do vnitřního ucha, ve kterém je kmitání rozdělováno podle frekvenčních oblastí a zachytáváno receptorovými buňkami a transformováno na nervové signály. Sluchový nerv přenáší nervové signály do mozku, kde jsou zpracovány a zobrazeny v určité oblasti mozkové kůry jako vnitřní představy sluchového charakteru (Franěk 2005, s. 21).

Muzikolog a autor publikace *„Hudba jinak“* Vlastimil Marek dodává: *„Díky pokroku a zvláště miniaturizaci měřících přístrojů dnes můžeme mikroelektrodami měřit reakce jednotlivých buněk těla nebo neuronů. Výzkum potvrdil, že zatímco na jedné straně jsou naše smysly, v tomto případě sluch, neobyčejně komplexním a dodnes neprobádaným územím, na straně druhé nás, co se týče rychlosti reakcí, omezují. Aby hudba fungovala, musí například působit na tělo, tedy buňky, určitou dobu (2003, s. 13).“*

Při dynamické hudbě pak můžeme pozorovat kývání hlavou, někdy i celým tělem, dle taktu či rytmické pohyby nohou, zdůrazňuje Mašura (Mátejová, Mašura 1992, s. 66).

Při vytváření emocionálních reakcí má důležitý význam limbický systém. Limbický systém zpracovává a koordinuje různé typy chování a má vliv i na stavbu paměti. Významnou úlohu má přitom úroveň emoční aktivity limbického systému. Čím výraznější je emoční pozadí, tím silnější a trvanlivější je ukládání senzorických informací do paměťové sféry

jedince. Je možné tedy předpokládat, že aplikací hudebních děl s vysokým emocionálním nábojem napomáhá aktivaci limbického systému a jeho činností a vzorů chování v motorické i psychické sféře zdravého jedince i jedince s postižením (Mátejová, Mašura 1992, s. 66).

Také Romanowska shodně uvádí, že hudba má léčebný vliv nejen na psychiku, ale na celý lidský organismus. Autorka také uvádí, že hudba může měnit aktivitu nervového systému, vyvolávat v činnostech celého organismu určité změny, může měnit svalové napětí a snižovat práh smyslového vnímání (Romanowska 2005, s. 74).

Hudební reedukace má své nezastupitelné místo v oblasti speciální pedagogiky.

1.3 Hudba a její základní prvky

V nadcházející kapitole vás autorka práce seznámí s hudbou jakožto estetickým, výchovným i terapeutickým prostředkem působícím na biopsychosociální jednotu člověka.

Autoři Mátejová a Mašura zdůrazňují, že: „*Hudba zmírňuje strach a stimuluje ontogeneticky a fylogeneticky nejstarší struktury mozku. Může tak uvolnit a probudit prapůvodní impulzy a tvůrčí instinkty, které vedou k novým a optimálnějším způsobům chování*“ (Šimanovský 1998, s. 15).

Americký neurolog Oliver Sacks se k výše uvedenému textu shodně vyjadřuje: „*Schopnost hudby integrovat a léčit je téměř zázračná. Hudba je nejefektivnější nechemickou medicínou*“ (Marek 2003, s. 13).

Definice hudby

„*Hudba je lidská instituce, ve které jednotlivci vytvářejí význam a krásu ze zvuků za použití umění kompozice, improvizace, provedení poslechu. Význam a krása hudby jsou odvozeny z vnitřních vztahů vytvořených mezi samotnými zvuky a vnitřními vztahy mezi zvuky a jinými formami lidské zkušenosti. Význam a krása mohou být nalezeny v hudbě samotné (hudba jako objekt a produkt), v procesu vytváření a zakoušení hudby (hudba jako proces), v hudebníkovi samotném a v univerzu*“ (Bruscia in Kantor 2009, s. 131).

Muzikoterapeutická strategie *Geneapé* cíleně využívá hudby. „*Geneapé představuje systémové chápání muzikoterapie jako svébytné terapeutické intervence, s diagnosticko–terapeutickým specifickým využitím – hudební informace,*“ zdůrazňuje Pejřimovská (2011, s. 44).

„Geneapé je muzikoterapeutickou metodou objasňující terapeutický efekt na základě systémové teorie. Představuje svébytnou a specifickou terapii, kde vyvolává terapeutickou změnu, vedle terapeutického vztahu a rozhovoru, významně i zvuk a hudba, jako neverbální médium, které nese samo o sobě informaci s diagnostickým a terapeutickým významem“ (Pejřimovská 2011, s. 44).

Autorkou metody „Geneapé“ je již výše citovaná a erudovaná muzikoterapeutka Jitka Pejřimovská Kavanová.

1.3.1 Rytmus, melodie, harmonie

Autorka práce v této kapitole objasní vybrané výrazové prostředky hudby využívané v procesu hudební reedukace. Víme již, že hudba tvoří svá díla ze zvukových prvků, které jsou protkány jejich vlastnostmi a vnáší do hudby jistý specifický řád, jenž nám umožňuje esteticky působit na náš hudební cit.

Mátejová uvádí: *„Hudba působí na člověka současně všemi svými základními dimenzemi a strukturami, proto je zapotřebí chápat její vliv jako působení jistého globálního systému. Dále předkládá základní dimenze hudby: rytmus, melodii a harmonii“* (Mátejová, Mašura 1992, s. 20).

Rytmus

Rytmus je velice komplexní pojem, ke kterému přiřazujeme pojem metrum, který vymezuje rychlost postupu impulzů, který je udaný určením tempa podle Mälzelovho metronomu a zabývá se také časovým průběhem.

Rytmus tvoří pravidelně se opakující krátké a dlouhé impulzy, které jsou graficky předepsané podle taktového označení. V hudbě se lze setkat s rozmanitými přístupy ve využívání možností rytmu. Různé rytmické vzorce a struktury patří ke specifickým kulturním znakům (Kantor, aj. 2009, s. 138).

Kantor aj. dále uvádí: *„Rytmus se projevuje v procesech hudební i nehudební povahy. Můžeme ho pozorovat např. ve střídání ročních období, dne a noci, pohybu planet apod. Každý člověk má svůj přirozený biologický rytmus, který určují fyzické a psychické vlastnosti organismu (především temperament) a základní předpoklady životního prostředí člověka. Na psychické úrovni jsou osobní rytmy pozorovatelné v chování a prožívání jedince, v jeho*

denních návycích. Mozek a tělo organizují tyto mentální, emocionální a fyzické rytmy do signálů, které zobrazují náš celkový stav“ (Kantor aj. 2009, s. 138).

Melodie

Melodie v hudbě zvyšuje účinky rytmu. Zatímco rytmus souvisí úzce s motorikou a časovou strukturou hudby, melodie má těsné spojení s emocemi a dovoluje vyjádřit široké spektrum pocitů (Mátejová, Mašura 1992, s. 28). Kantor k tomu ještě dodává: *„Proto se nám často spontánně vybavují různé melodie podle momentálního psychického ladění. Významnou hudební formou, ve které se zrcadlí různé přístupy k melodii, je píseň“* (Kantor aj. 2009, s. 139).

Harmonie

Hudební harmonie souvisí se vzájemnou organizací dvou a více melodií nebo samotných tónů ve stejném okamžiku. Harmonie je nejsložitějším hudebním elementem. Elementární formu souzvuku představuje současné znění dvou tónů. Z hlediska libozvučnosti tento souzvuk chápeme jako konsonanci nebo disonanci. Konsonance je libozvučný souzvuk, který v hudbě uvolňuje napětí. *„Disonance představuje souzvuk nelibozvučný a vyvolává napětí,“* uvádí Kantor aj. ve své publikaci (2009, s. 141).

Na závěr této kapitoly, věnované převážně hudbě by se autorka práce ráda zmínila o tom, že mezi jedincem a hudebním dílem dochází ke komunikačnímu procesu. V dnešní době se dost často hovoří o vztahovém pojetí psychiky člověka s tělem, což představuje psychosomatické účinky. Nejčastěji má pojem hudba a tělo souvislost s muzikoterapií, kde byly prokázány pozitivní účinky vlivu hudby na tělo člověka.

Pro srovnání zde autorka práce uvádí několik příkladů z lékařské praxe, kde byla uplatňována metoda léčení hudbou. Americký neurolog Oliver Sacks (2009, s. 209) ve svém díle *„Musicophilia“*, v kapitole nazvané *„Řeč a píseň“* popisuje případ jedince *„postiženého“* mozkovou příhodou, který vykazoval těžkou expresivní afázi, což znamená poruchu řeči způsobenou narušením řečových center v mozku (Love, Webb 2009, s. 240), docílil postupnou hudební terapií, vykonávanou pravidelně třikrát v týdnu, po půl hodinových časových intervalech a po dobu několika měsíců obnovení schopnosti řeči. Tentýž autor v roce 1991 vypovídal před *„Zvláštní komisí“* věnující se otázkám stárnutí, která spadá pod

Senát USA, o ozdravné síle hudby při léčbě některých neurologických poruch. Ve své výpovědi popsal paní Rosalii, pacientku s Parkinsonovou nemocí, která žila v institutu Beth Abrahamové. Po většinu dnu zůstávala zcela bez hnutí, zpravidla strnula s jedním prstem na brýlích. „*Ale na klavír hraje nádherně, a to celé hodiny, když hraje, její „parkinsonismus“ mizí a zůstává jen lehkost a plynulost, svoboda a normalita,*“ řekl Sacks fascinovanému grémiu.

Hudebník Don Campbell (2008, s. 122), se odvolává na nejnovější výzkumy zaměřující se na fungování centrální nervové soustavy pomocí vlivu hudebního působení. Vyjadřuje se k tomuto tématu ve své publikaci „*Mozartův efekt*“, kde uvádí: „*Je možné, že hudba se podílí na obnově funkce nervového systému několika způsoby, a to tím, že umožňuje regeneraci nervových buněk a řídí vytvoření nových nervových spojení a drah, přičemž zkracuje čas nutný k obnovení jeho funkčnosti.*“

1.3.2 „Mozartův efekt“ - diskutovaná oblast

V dnešní době se často diskutuje o tzv. „*Mozartově efektu*“. Tento efekt se prověřuje, ale plné objasnění tohoto výzkumu není ještě definitivní.

Autorka práce v této kapitole popíše, proč zrovna Mozartova hudba má zásadní vliv na určité složité neuronové struktury, které se podílejí na vyšší mozkové činnosti a v čem spočívá síla „*Mozartova efektu*.“

Síla Mozartovy hudby se dostala do veřejného povědomí zejména prostřednictvím novátorského výzkumu, který se prováděl na počátku devadesátých let na Kalifornské univerzitě. Ve Středisku pro neurobiologii vzdělávání a paměti v Irvinu začala skupina výzkumníků zkoumat některé z účinků, jež má Mozart na vysokoškolské studenty a děti.

Tým vědců odhalil, že poslech Mozartovy hudby ve srovnání s poslechem hudby relaxační zvyšuje dočasně abstraktní prostorové myšlení. Po ohlášení výsledků prohlásil jeden ze členů výzkumného týmu, teoretický fyzik Gordon Shaw, že Mozartova hudba „*zahřívá mozek na provozní teplotu*“ (Campbell 2008, s. 25, 27).

Pojem Mozartův efekt se vynořil tedy po zveřejnění výzkumu v devadesátých letech, jehož výsledky strhly obrovský zájem veřejnosti. Na základě provedených výzkumů bylo skutečně ověřeno, že Mozartova hudba stimuluje a posiluje kreativní procesy pravé mozkové hemisféry spojené s prostorovým a časovým myšlením. Campbell se domnívá a odhaduje, že:

„Složitá hudba posiluje určité složky neuronové soustavy, jež se podílejí na vyšší mozkové činnosti, kdežto jednoduchá repetitivní hudba může mít naopak účinek opačný“ (Campbell 2008, s. 26).

Rytmy, melodie a vysoké frekvence Mozartovy hudby zjevně podporují a rozvíjejí kreativní a motivační oblasti mozku. Klíč k jeho velikosti však tkví možná v tom, že všechny ty zvuky jsou tak čisté a prosté. Ojedinělá a nezvyklá síla Mozartovy hudby pravděpodobně pramení z jeho života (Campbell 2008, s. 36).

V praxi jsou uváděny případy, kdy degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy zasáhlo osoby věnující se hudbě nebo hře na hudební nástroj. Tito lidé po čase zjistili, že po několikahodinové hře na jejich hudební nástroj, motorické příznaky nemoci pomíjejí. Tak jak je již uvedeno v této práci, viz. výše, je více než pravděpodobné, že efekt Mozarovy hudby se prokazuje.

2 Parkinsonova nemoc

Obsahem této kapitoly je seznámení se s problematikou Parkinsonovy nemoci. Vysvětlit zásadní mechanismy této choroby a pochopit její vznik, vývoj a výskyt.

Parkinsonova nemoc je chronické, pomalu se rozvíjející neurodegenerativní onemocnění mozku, které nelze v současné době vyléčit. Jedná se o časté onemocnění středního a staršího věku, přibližně každý tisící člověk v naší populaci trpí touto chorobou. Jde o pomalu se vyvíjející nemoc, jejíž příznaky, obzvláště v počátečních fázích, lze na delší dobu velmi dobře potlačit, nicméně v pokročilých fázích příznaky onemocnění často výrazně omezují běžné denní činnosti i sociální kontakt, uvádí Roth (1997, s. 6).

Dále zdůrazňuje *„Parkinsonovu nemoc nelze vyléčit. Jsou sice velmi dobře a do podrobnosti známy mechanismy vývoje nemoci, tj. vztah mezi vznikem a vývojem příznaků nemoci na jedné straně a chemickými změnami v mozku na straně druhé, ale základní příčina působící vznik těchto chemických změn zatím rozpoznána není.“*

Roth (1997, s. 6) dále k výskytu Parkinsonovy nemoci uvádí: *„Žádnou souvislost u skupin obyvatelstva, lišících se charakterem stravy, příjmem alkoholu, způsobem práce, očkovaním, jinými prodělanými onemocněními, stykem se zvířaty, vyšší vzdělání či životního standardu nepodařilo vysledovat.“* Na vzniku nemoci tedy pacient trpící tímto onemocněním nenese žádnou vinu. Ve své publikaci uvádí, že Parkinsonova nemoc se vyskytuje na celém světě, v průmyslově vyspělých i ryze zemědělských a vývojových státech. Některé studie však prokazují nižší výskyt Parkinsonovy nemoci v Africe a také v Japonsku. Je pochopitelné, že v jednotlivých zemích probíhají tyto studie na různé úrovni podle jejich sociálně-ekonomických podmínek a tento rozdíl může ovlivnit výsledky (Roth, aj. 2009, s. 15).

Parkinsonova nemoc byla popsána v roce 1817 anglickým lékařem Jamesem Parkinsonem, ale teprve v roce 1960 byl rozpoznán základní mechanismus jejího vzniku a vývoje. Bylo zjištěno, že v určitých částech mozku (v tzv. bazálních gangliích) se netvoří v dostatečném množství látka zvaná dopamin, která je nezbytná k složitým regulacím hybnosti, kineziologii pohybu (Roth 1997, s. 6).

Dylevský uvádí: *„Bazální ganglia jsou strukturou koordinující neúmyslnou (reflexní) pohybovou aktivitu s úmyslnými pohyby.“* Dylevský (2009, s. 103) dále ve své publikaci *„Kineziologie“* píše o postavení bazálních gangliích v systému řízení lidské motoriky

a souvislosti s rozvojem motorické mozkové kůry, která u člověka přebírá rozhodující vliv v řízení a koordinaci především volní hybnosti.

Na základě nedostatečné tvorby dopaminu vznikají a prohlubují se u „postižených“ jedinců především takové příznaky, jako je třes, zpomalenost pohybů a svalová ztuhlost, zdůrazňuje Roth (1997, s. 6).

Po tomto objevu se brzy začala provádět léčba pomocí látky, z které dopamin vzniká. Růžička ve svém článku „*L-DOPA: počátek novověku Parkinsonovy nemoci*“ (1997, s. 9) uvádí, že tímto objevem je úloha dopaminu v řízení hybnosti a možnost léčebného využití L-OPA. L-DOPA (levodopa) se stala základním lékem Parkinsonovy nemoci, a přes další vývoj našeho poznání o mechanismech onemocnění klíčová úloha L-DOPA v léčbě Parkinsonovy nemoci zřejmě přetrvá do dalšího tisíciletí.

„Zdá se, že případů Parkinsonovy nemoci v posledních padesáti letech pomalu přibývá, tj. počet nemocných s Parkinsonovou nemocí se mírně zvyšuje. Zda se však za tímto zjištěním skrývá pouze zlepšení diagnostiky a prodloužení průměrného věku v populaci, není doposud jasné. Rozdíl ve výskytu Parkinsonovy nemoci mezi ženami a muži je mizivý, nicméně se jeví lehká převaha postižení u mužů,“ uvádí Roth aj. ve své publikaci (2009, s. 15).

2.1 Etiologie Parkinsonovy nemoci

Aby bylo snadné pochopit mechanismy vzniku Parkinsonovy nemoci, je nutno na tomto místě podat stručné vysvětlení některých obecných pojmů anatomie a fyziologie svalstva.

Schopnost ovládat pohyby lidského těla je velmi složitý proces, na kterém se podílí nejen mozek, ale i mícha, nervové svazky, svaly, šlachy a klouby. Plán tohoto pohybu, jeho účelnost, souhra a uměřenost pohybů jsou výslednicí spolupráce mnoha oblastí mozku. Jedno z významných postavení v těchto funkcích zaujímají bazální ganglia-mozková struktura - hluky nervových buněk zanořené v hloubi mozkových hemisfér, jak je již uvedeno v předchozí kapitole.

Jednotlivé buňky nervového systému mezi sebou komunikují pomocí svých výběžků, jejichž konci se navzájem dotýkají. Toto spojení se nazývá synapse. Synapse je hraničním místem dvou neuronů nebo neuronu a výkonného orgánu. Přejít informace z jedné buňky na druhou prostřednictvím synapse je umožněn uvolněním určité látky do mikroskopického

prostoru mezi jednotlivými spoji. Těmto látkám, uvolňujícím se z výběžků těl nervových buněk, se říká transmitery - nervové přenašeče (Čihák 2004, s. 220).

Roth aj. (2009, s. 18) i další odborníci v oblasti neurologie uvádí pro vznik Parkinsonovy nemoci snížení tvorby z jednoho transmiterů látky zvané dopamin, již zmiňované výše v této bakalářské práci.

Pro hlavní hybné příznaky Parkinsonovy nemoci má nedostatek dopaminu v systému bazálních ganglií zcela zásadní význam. Bylo zjištěno, že kromě nedostatku dopaminu v mozcích pacientů s Parkinsonovou nemocí dochází ke změnám i některých jiných transmiterů (např. serotoninu, glutamátu, kyseliny gama-aminomáselné) a systémů. Tyto poruchy podmiňují celou řadu dalších obtíží trápících své nositele především v pozdějších stádiích onemocnění a bohužel nereagují na léčbu založenou na náhradě dopaminu.

Shrňme-li poznatky této kapitoly, dostaneme se k těmto závěrům:

- 1) Aby se Parkinsonova nemoc projevila, musí být minimálně 50% buněk, které vyrábějí dopamin zničeno a dopamin musí poklesnout minimálně o 70-80% z původního množství.
- 2) I u zdravých lidí dochází v průběhu stárnutí k určitému poklesu počtu těchto buněk a množství dopaminu, ale nikoliv do této míry (Roth, aj. 2009, s. 19).

2.2 Příznaky Parkinsonovy nemoci

Cílem této kapitoly je poskytnout informace o příznacích Parkinsonovy nemoci a jejich následné členění na příznaky motorické a non-motorické.

Příznaky Parkinsonovy nemoci jsou u každého člověka jiné. Mohou se měnit ze dne na den, z hodiny na hodinu, dokonce i z minuty na minutu. Všechny příznaky této nemoci se nemusí vyskytovat u každého nemocného. Dokonce i během vývoje onemocnění u jedné osoby se může charakter a míra obtíží měnit, a to jak podle účinnosti léčby, tak i podle rozvoje nemoci (Roth, aj. 2009, s. 25).

Roth aj. (2009, s. 25) dále uvádí, že příznaky Parkinsonovy nemoci dělíme na motorické, mezi které patří: třes (tremor), svalová ztuhlost (rigidita), celková zpomalenost a chudost pohybů (bradykineze, akineze, hypokineze) a poruchy stoje a chůze. Mimo těchto příznaků se objevují doprovodné potíže, tzv. non - motorické příznaky, mezi které

patří: poruchy vegetativního svalstva a psychické problémy, senzorické poruchy, kognitivní poruchy, poruchy spánku a bdění.

„Snad nejcharakterističtější a nejčastějším příznakem Parkinsonovy nemoci je třes (tremor),“ jak shodně uvádějí Roth s Růžickou aj. (2009, s. 25).

2.3 Definice třesu

Roth (1998, s. 4) ve svém článku v časopise Společnosti Parkinson s názvem *„Třes: příznak mnoha onemocnění,“* definuje symptom takto: *„Třes je mimovolní, pravidelný a trvalý svalový pohyb s periodickými oscilacemi. Objevuje se buď v klidu (klidový, spontánní třes), či při tzv. statické zátěži, např. horních končetin, při předpažení, dolních končetin při stoji (tzv. statický či posturální třes), nebo při aktivních, volných pohybech (tzv. akční třes). Třes vzniká na základě prvotního či druhotného poškození některé z části centrální nervové soustavy, především na podkladě poškození bazálních ganglií, mozečku a některých struktur mozkového kmene, vzácně však i na podkladě poškození periferní nervové soustavy.“*

Třes u Parkinsonovy nemoci

Klidový třes je převážně charakteristický pro Parkinsonovu nemoc. Pacienti s tímto postižením vykazují třes rukou nebo nohou s frekvencí od tří do sedmi pohybů za sekundu. Tento třes se potlačí v momentě, kdy se končetina pohybuje, a někdy jej lze potlačit silou vůle. Třesem může být postižen rovněž hlas. Hlasový třes byl popsán u přibližně 14% pacientů s Parkinsonovou nemocí. Jde o charakteristickou poruchu hlasu, kterou lze odlišit od ostatních hlasových poruch hypokinetické dysartrie vyskytujících se u osob s Parkinsonovou nemocí (Love, Webb 2009, s. 153, 154).

„Rychlost řeči je většinou zpomalena, ale ne vždy. Nemocní s Parkinsonovou nemocí trpí v určitých okamžicích i zrychleným tokem drmolivé řeči, což vede k naprosté nesrozumitelnosti. Občas může dojít k náhlému zárazu, což se projevuje u sledovaného klienta, či opakování posledních slov či vět,“ dodává Roth aj. (2009, s. 30).

„Třes je převážně klidového charakteru, relativně malé frekvence (cca 4-6 Hz), je obvykle asymetricky vyjádřen s převahou na akrech, kde někdy bývá přirovnáván k pohybu při počítání peněz. Občas přetrvává i při statické zátěži. Typicky se zhoršuje při stresu, soustředění, pohybem se mírně tlumí, a mizí ve spánku. Málokdy postihuje hlavu, hlas, může však postihnout i bradu či rty. Dříve nebo později se v průběhu nemoci objeví další příznaky,

především svalová ztuhlost, pohybové zpomalení či poruchy rovnováhy,“ zdůrazňuje Roth v článku (1998, s. 4).

Ze základních motorických příznaků nejvýrazněji omezuje pacienta hypokineze (omezení rozsahu pohybu) a příbuzné projevy bradykineze (pohybové zpomalení) a akineze (porucha startu pohybu).

V důsledku pohybového omezení a zpomalení má pacient rostoucí obtíže a vyžaduje pomoc při řadě běžných každodenních činností, jako jsou jídlo, hygiena, oblékání. Časem je dokonce neschopen obrátit se sám na lůžku a budí v noci partnera, aby mu pomohl. Obvyklými časnými hypokinetickými symptomy jsou též zmenšení písma (mikrografie), otupělý, maskovitý výraz obličeje (hypomimie), snížený rozkvy horní končetiny při chůzi (ztráta synkinezí) a tichá monotónní nemelodická řeč (hypofonie, aprosodie), případně dysartrie se zrychlením tempa řeči (tachyfemie) a s opakováním posledních slabik (palilálie), dodává Růžicka (1999, s. 29).

Roth ve své publikaci Parkinsonova nemoc (1999, s. 29) uvádí nezávislost těchto projevů na míře svalové ztuhlosti. Projevují se ztrátou či snížením schopnosti především začít pohyb, např. vyrazit ze stoje do chůze, postavit se ze sedu. Také tzv. automatické pohyby, tj. pohyby, které vykonáváme, aniž bychom na ně mysleli, např. souhyby horních končetin při chůzi, jsou omezeny, sníženy. Zde je opět shoda v tvrzení Rotha s Růžickou. Nemocní velmi těžce snášejí především potíže s rozcházením, kdy přešlapují na místě a nemohou vyrazit dopředu. Velmi problematická jsou také občas se vyskytující náhlá přerušení, „*zamrznutí*“ pohybu (tzv. freezing). Tento pojem označuje situaci, kdy uprostřed pohybu např. při chůzi najednou nemocný „*strne, ztuhne*“ a není schopen pohybu ani tam, ani zpět.

Nejen počátek pohybu, ale celkový hybný projev je často jakoby „*ze zpomaleného filmu*.“ Vzácně může dojít i k přechodnému prudkému prohloubení zpomalenosti pohybů do naprosté neschopnosti provést pohyb. Přesné mechanismy vedoucí k těmto obtížím nejsou dokonale známy. Ví se však, že nedostatek dopaminu se projevuje nejen v selhání vlastního výkonu pohybu, ale i v tvorbě pohybového plánu, v přípravě, v představě, jak bude pohyb vypadat (Roth, aj. 2009, s. 28).

2.4 Psychické problémy

Mezi non-motorické symptomy řadíme psychické problémy.

Psychické problémy u pacientů s Parkinsonovou nemocí se objevují často. Lékařka - psychiatr Jiřina Kosová (1998, s. 8) říká k psychickým problémům: „*deprese bývá jednou z nejčastějších psychiatrických komplikací přidružených k Parkinsonově nemoci.*“

Depresivní onemocnění u Parkinsonovy nemoci má některé drobné příznakové zvláštnosti. Pro snazší orientaci bychom si ale měli nejprve ujasnit, co to vlastně deprese je. Kosová (1998, s. 8) uvádí: „*Jedná se o psychickou poruchu, která trvá déle a zasahuje hlouběji do našeho konání než smutky, které nás běžně provázejí. U pacientů s Parkinsonovou chorobou bývá v popředí klinického obrazu spíše úzkostnost, rozlady, podrážděnost, rozhněvanost a pesimistický pohled do budoucnosti.*“

Kosová (1998, s. 7) dále uvádí, že depresivní porucha je častou psychickou komplikací u Parkinsonovy nemoci. Asi v jedné třetině případů deprese předchází motorickým příznakům. Mezi nejčastější příznaky deprese považuje apatii, psychomotorickou retardaci, zhoršení paměti, pesimismus a suicidální myšlenky se suicidálním chováním.

Roth (1999, s.31) charakterizuje depresi jako pocity nepřiměřeného smutku či zoufalství, kvalitativně odlišné od běžných pocitů zármutku, které každý člověk zná. Deprese se mohou projevovat celkovou skleslostí, nadměrnou únavou, poruchou spánku, poruchou příjmu potravy.

Deprese se může objevit kdykoli v průběhu Parkinsonovy nemoci - jak na jejím počátku, tak i po několika letech neurologické léčby. Podstatné je, že depresivní onemocnění vyskytující se při Parkinsonově nemoci se dá běžně dostupnými terapeutickými prostředky kvalitně léčit a zvládnout (Roth 1999, s. 60).

Kosová (1998, s. 7) uvádí, že se stoupajícím věkem a stupněm motorického postižení se může vyskytnout demence. Roth aj. (2009, s. 31) uvádí, že pouze menší část pacientů s Parkinsonovou nemocí trpí v pozdních fázích onemocnění úbytkem rozumových schopností, intelektu. Pokud se u pacienta s Parkinsonovou nemocí výraznější úbytek intelektových funkcí projeví, je jeho schopnost dále pracovat, pečovat o sebe, zhoršena, či téměř znemožněna. Nemocní začínají selhávat v běžných denních aktivitách, zapomínají a bloudí. Může u nich docházet i ke stavům zmatenosti. „*Později mohou i přestat rozpoznávat své nejbližší. U některých osob se nemusí rozvinout obraz plně vyjádřené demence, ale některé specifické duševní funkce mohou být omezeny*“, říká Roth.

Někteří pacienti s Parkinsonovou nemocí v pokročilém stupni však mohou pouze působit dojem duševní nedostatečnosti. Pomalá, monotónní řeč, někdy až obtížně srozumitelná, chudost pohybů, zpomalená reakce, maskovitý obličej bez mimiky, bez projevů emocí k tomu dojmu svádí, nicméně takovýto pacient bývá schopen normální rozumové úvahy, touhy, naděje, prožívání citových vztahů, má reálný náhled na svou osobu i na činy okolí, jak uvádí Roth aj. (2009, s. 32).

3 Léčba Parkinsonovy nemoci

V této kapitole autorka práce pro celistvost problematiky popíše léčbu a možnosti zmírnění příznaků Parkinsonovy nemoci. Bude tedy hovořit především o možnostech farmakologické a neurochirurgické léčby. Cílem této kapitoly je seznámení se s přehledem nejčastěji užívaných léků a léčebných postupů při tomto onemocnění.

„Parkinsonovu nemoc nelze vyléčit, je však možno dlouhodobě a účinně potlačovat její příznaky“, zdůrazňuje opět Růžička aj. (2009, s. 43).

Léčba Parkinsonovy nemoci je jednou z nejnádějnějších oblastí soudobé neurologie. Ačkoli dosud není znám léčebný postup, který by onemocnění vyléčil nebo alespoň zastavil jeho progresi, je možné účinně a dlouhodobě potlačovat jednotlivé příznaky v nemoci a zmírňovat její dopady na každodenní život pacienta.

K optimálnímu léčebnému působení u Parkinsonovy nemoci nestačí užívat léky, ačkoli mnozí pacienti (i někteří lékaři) by takové řešení rádi považovali za dostatečné. Dnes dostupné léky sice zmírňují chorobné projevy, ale samy o sobě nevedou nutně k návratu ztracených funkčních schopností. Úspěšnější je takové léčení, ve kterém se kombinuje užívání léků s dalšími postupy. Proto jsou nedílnou součástí léčebné péče o pacienta s Parkinsonovou nemocí režimová opatření, rehabilitace, cvičení a pohybová reedukace. Své místo má i léčba neurochirurgická, která může pomoci v určitých případech, kde jsou ostatní postupy málo účinné (Růžička, aj. 2009, s. 43).

„Pro každého nemocného je nesmírně důležité vytvořit si vhodný vlastní postoj k onemocnění a k jeho léčbě,“ jak uvádí Růžička aj. (2009, s. 43) ve společné publikaci Parkinsonova nemoc.

3.1 Přehled léků užívaných u Parkinsonovy nemoci

Skupinu tzv. antiparkinsonik, látek určených pro léčbu Parkinsonovy nemoci, lze podle jejich účinku rozdělit takto:

1. základní léky-nahrazující chybějící dopamin

- levodopa
- agonisté dopaminu

2. přídatné látky-mění metabolismus levodopy a dopaminu, nebo působí na jiné systémy nervových přenašečů

- inhibitory monoaminoxidázy typu B (MAO-B)-selegilin, rasagilin
- inhibitory katechol-O-methyltransferázy (COMT)-entakapon, tolkapon
- amantadin
- anticholinergika

3. pomocné léky-ovlivňující vedlejší příznaky a komplikace

- domperidon, antidepresiva, anxiolytika, sedativa a hypnotika, inhibitory acetylcholinesterázy (kognitiva), atypická neuroleptika aj.

„Levodopa je hlavním lékem pro ovlivnění příznaků Parkinsonovy nemoci a je dosud v této indikaci nenahraditelná navzdory problémům, které s sebou může přinášet její dlouhodobé podávání,“ dodává Růžička aj. (2009, s. 51).

Dušek shodně uvádí: *„L-DOPA je prvním a stále symptomaticky nejúčinnějším přípravkem užívaným v léčbě Parkinsonovy nemoci. Její efekt byl poprvé popsán začátkem 60. let minulého století, symptomatického efektu, ale bylo dosaženo pouze podáváním velmi vysokých dávek. Neúčinnost nízkých dávek byla způsobena rychlou konverzí L-DOPA na periferii enzymem dopa-dekarboxylázou na dopamin, který neprostupuje hematoencefalickou bariérou. Od počátku 70. let se standardně podává v kombinaci s karbidopou, což umožnilo výrazně omezit denní dávky L-DOPA a její nežádoucí účinky.“*

Hlavními nežádoucími účinky L-DOPA jsou nauzea se zvracením a posturální hypotenze. Jedinou absolutní kontraindikací léčby L-DOPA je glaukom (Roth, Dušek 2006).

3.2 Neurochirurgická léčba Parkinsonovy nemoci

Následující text poskytuje základní informace o léčbě Parkinsonovy nemoci hlubokou mozkovou stimulací, týkající se chirurgické léčby pokročilých stádií této nemoci.

Zkušenosti ukazují, že metoda hluboké mozkové stimulace (dále jen DBS STN, z anglického deep brain stimulation of subthalamic nucleus) je vhodná pouze v určitých přesně vymezených případech Parkinsonovy nemoci. Pro úspěch stimulace je důležitá odpověď hlavních příznaků Parkinsonovy nemoci na dávku léku obsahujícího levodopu.

DBS STN je moderní metoda tzv. neuromodulační léčby, která ovlivňuje chorobně změněné funkce mozku působením elektrických impulsů z elektrod zavedených do center pro řízení hybnosti v hloubi mozku. Na rozdíl od dřívějších operačních přístupů, kdy se poruchy hybnosti ovlivňovaly cíleným ničením určitých mozkových jader, Při DBS nedochází k žádnému záměrnému poškození mozku.

DBS STN se osvědčila u pacientů v pokročilých stádiích Parkinsonovy nemoci (obvykle po nejméně 10 letech trvání nemoci), kteří jsou invalidizováni těžkým kolísáním stavu hybnosti a obvykle i mimovolnými pohyby po dávkách léků (Růžička, Jech, Ugrošík 2009, s. 74).

3.3 Rehabilitační léčba

Pravidelná pohybová léčba u nemocných trpících Parkinsonovou nemocí je stejně důležitá jako pravidelné užívání léků, uvádí fyzioterapeutka Marcela Sekyrová (1999, s. 69) a dodává: „*Pro delší udržení dobrého fyzického stavu je zapotřebí dodržování pravidelných cvičení.*“

Ne všechny příznaky Parkinsonovy nemoci dobře a uspokojivě reagují na dostupná antiparkinsonika, uvádí Ressler (2001, s. 31, 33) v článku „*Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy nemoci.*“ Zejména se jedná o udržení rovnováhy a s tím spojenými čtenějšími pády, polykání a řeč, vegetativní příznaky, ale i některé motorické schopnosti v rámci chůze a sebeobslužné činnosti. Důležitou roli zde hraje rehabilitační terapie, jako je fyzioterapie, ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, terapie řeči, která výrazně zefektivní celkovou terapii tohoto onemocnění a vede ke zlepšení kvality života nemocných. V konečném důsledku můžeme uvažovat i o zefektivnění nemalých finančních nákladů, které vynakládá zdravotnictví na medikamenty. Komplexní přístup k léčbě po farmakologické i nefarmakologické linii je stále častěji aplikován v centrech pro léčbu Parkinsonovy nemoci ve světě i u nás. Z tohoto pohledu docházíme k názoru, že terapie Parkinsonovy nemoci vyžaduje multidisciplinární přístup a v terapeutickém týmu by neměli chybět fyzioterapeut, řečový terapeut, ergoterapeut, psychoterapeut, socioterapeut a event. i technický pracovník (protetik).

„*V léčebné rehabilitaci je obecně důležité opakování pohybu či určité činnosti, aby přešla do pohybového automatizmu pacienta. To využíváme nejen v rehabilitaci celkové motoriky a hybnosti končetin, ale i např. motoriky mluvidel tedy řeči,*“ uvádí Šigutová

v témže článku a dále říká: „*Léčebná rehabilitace působí na úrovni motoriky, ale i psychiky, zejména pak emoční stránky pacienta.*“

„*Motoriku je důležité procvičovat na konkrétní činnosti,*“ uvádí Šigutová z důvodu zvyšování a vůbec přenášení pocitu seberealizace a sebeuspokojení a nakonec tak zvyšujeme sebevědomí pacienta. To samozřejmě zlepšuje emoce pacienta a jeho motivaci, což se odráží na kvalitě myšlení. Různé směry léčebné rehabilitace kladou důraz na zlepšení v konkrétní oblasti, na celkovou motoriku pacienta klade důraz fyzioterapie, snad nejvyváženěji přes emoční a motivační složky myšlení a chování působí ergoterapie, kam spadá muzikoterapie a arteterapie, uvádí MUDr Ressner a fyzioterapeutka Šigutová v témže článku (Ressner, Šigutová 2001, s. 31-35).

Rehabilitační léčbou se snažíme urychlit iniciaci a provedení pohybu, zvýšit amplitudu pohybu, snížit rigiditu. Cílem je také zlepšit posturu a celkovou výkonnost. Cvičení obecně vede u zdravých osob k rychlejší iniciaci a provedení pohybu. Nebylo dlouho zcela jasné a vedly se diskuze na toto téma, zda to platí i pro pacienty s Parkinsonovou nemocí, zda má smysl provádět pohybovou léčbu u osob s Parkinsonovou nemocí. Bylo ale prokázáno, že i u nich vede cvičení k urychlení iniciace pohybu a zrychlení provedení nacvičovaného pohybu. Proto má smysl provádět rehabilitační cvičení, kterými se snažíme zlepšit specifické hybné potíže pacientů s Parkinsonovou nemocí. U nás pohybovou léčbu osob s „*parkinsonismem*“ podrobně rozpracovala Marcela Sekyrová, Pavel Ressner a Dana Šigutová (Ressner, Šigutová 2001, s. 35).

Sekyrová aj. (1999, s. 69) v publikaci Parkinsonova nemoc uvádí, že je nutnost zdůraznit každodennost aktivního cvičení. Pohybová terapie, prováděná jen několikrát nebo jen jednou týdně nemá zásadní význam pro další stav pacienta do budoucna. Výběr cviků a způsob jejich provádění u pacientů s Parkinsonovou nemocí se musí podřizovat zejména tomu, že se u nich obvykle kombinují rigidita, hypokineze, třes a únavnost.

Sekyrová dále v publikaci uvádí některé postupy užívané v pohybové léčbě u nás:

- Návik chůze-pacienti s Parkinsonovou nemocí zkracují kroky a mají šouravou chůzi. Při náviku chůze jsou důležité zejména rytmické prvky při cvičení. Proto se často nacvičuje při hudbě nebo pochodu, nebo za rytmických a rázných povelů terapeuta. Důležitá je korekce terapeutem, který pomáhá udržet délku kroku, pravidelnost chůze,

zvedání kolen, souhyby horních končetin a zamezuje postupnému zkracování kroku a návratu ke špatnému stereotypu chůze.

- Nácvik k překonání freezingu - při rehabilitaci freezingu využíváme stimulaci jak sluchovou tak zrakovou. Pomůže například zvuk metronomu, nebo i pochodová hudba, která může být pouštěna do sluchátek. Je prokázáno, že někteří pacienti jsou schopni si při této poruše sami zapnout tuto nahranou zvukovou podporu a pak určité místo pohybu či čas zhoršení stavu překonat.
- Dechová gymnastika-dechové potíže u pacientů s Parkinsonovou nemocí souvisí s rigiditou, která postihuje i svaly hrudníku, ale také svaly hrtanu a hlasivek. Protaháním a zrelaxováním svalů hrudníku, s důrazem na dechovou složku s dynamickým dechovým cvičením, dosáhneme zvýšené pružnosti hrudníku a zlepšení dechové kapacity. S lepším hospodařením dechu souvisí i řečové funkce, jako je hlasitost, intonace hlasu, tempo řeči, kvalita hlasu a správná artikulace.
- Rehabilitace řeči a polykání - tak jako lze cvičit motorickou činnost, tak lze cvičit i motoriku mluvidel, tedy i řeč a udržovat ji na lepší úrovni. Postižení řeči může být pro pacienty závažným problémem, který jim omezuje sociální kontakty, nebo znemožňuje některé denní úkony, např. nakupování, telefonování atd. Pacient může mít obtíže s iniciací řeči, se zárazy, tichým hlasem a sníženou artikulací. Pacient s poruchami řeči musí cvičit tuto funkci, opakovat řečová cvičení, aby se dostala do automatizmů a provádět také sebekontrolu během řeči. Řečová cvičení se provádějí od nácviku hlásek. Cvičení jsou zaměřena na zvýšení maximální síly hlasu při vyslovení hlásky a na udržení co nejdelší doby, po kterou můžeme vyslovovat danou hlásku s maximem síly. Dále je pacient cvičen na vytvoření co nejvyššího a nejnižšího tónu při dané hlásce, event. na možnost přechodů mezi nimi. Tím se snažíme snížit aprosodický ráz řeči pacienta. Postupně jsou pak cvičena jednotlivá slova, zejména špatně vyslovitelná, a pak věty, včetně vět potřebných pro komunikaci pacienta v určitých situacích. Logoped může provádět také cviky na zlepšení polykání stravy. Polykací potíže mohou být velmi frekventní pacientů s Parkinsonovou nemocí a může jimi trpět až 30% nemocných. Podle studie Nagaya M. A jeho spolupracovníků trénink zaměřený na zlepšení polykání u pacientů s Parkinsonovou nemocí výrazně zkrátil

iniciační čas polykacího reflexu, který byl před tréninkem signifikantně delší než u zdravých kontrol (Sekyrová, aj. 1999, s. 69-90).

4 Specifika speciálně pedagogické práce s osobami se zdravotním postižením

V této závěrečné kapitole teoretické části bakalářské práce, se autorka krátce zmíní o přístupu speciálního pedagoga k osobám se zdravotním postižením. Problematika a vymezení termínů jako jsou „*osoba se zdravotním postižením*“, či pojem „*humanizace*“ nebo „*Národní plán pro vyrovnání příležitostí občanů se zdravotním postižením*“ byly vysvětleny již v úvodní, teoretické části této práce.

Ze speciálně pedagogického hlediska je třeba si uvědomit, že z výše v práci uvedeného zdravotního postižení se i přes systematickou léčbu směřovanou nejen k vyléčení, ale zejména k omezení projevů nemoci, obtíží i k posílení organismu a zábraně dalšího zhoršování nemoci, nepodaří většinou zvládnout zcela bez následků (tedy i bez řady omezení majících dopad na kvalitu života nemocného).

Léčba, resp. léčebná podpora je často založena na kombinaci více léčebných metod, bývá dlouhodobá a někdy trvá i celý život.

To vše se samozřejmě odráží v profesním uplatnění a také v případné rekvalifikaci i následném pracovním zařazení občana se zdravotním postižením.

Předpokladem citlivého a nepředpojatého přístupu speciálního pedagoga je porozumění osobě se zdravotním postižením i jeho pomoci, včetně jejich stadií, fází či specifík a individuální tvořivý přístup zohledňující aktuální stav nemocného při zvládání vzdělávacích úkolů a dosahování takových cílů, jejichž dosažení odpovídá nejen představám pedagoga, příslušníkům rodiny, ale zejména nadání i schopnostem a aspiracím nemocného jedince (Novosad 2002, s. 21).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Cíl praktické části a stanovení předpokladů

Cílem praktické části bakalářské práce bylo charakterizovat problematiku nemocných s Parkinsonovou nemocí a dále zjistit a popsat vliv hudby na zlepšení kvality jejich života.

Vzhledem k potížím nemocných s Parkinsonovou nemocí byla práce zpočátku primárně orientována na zlepšení motorických funkcí, na samostatnost v provádění hudebních cvičení u osob s Parkinsonovou nemocí, a teprve sekundárně na intrapsychické prožívání jedince a jeho psychosociální percepci a aktivitu.

Práce muzikoterapeutického charakteru a hudebně reedukačního s klienty trpícími Parkinsonovou nemocí představuje v České republice méně probádaný terén, proto byla volena forma empirického šetření, jako šetření smíšeného, kde byly použity postupy jak kvantitativní, tak kvalitativní.

Byly stanoveny tyto předpoklady:

Předpoklad č.1: Aplikací muzikoterapie a hudebně reedukačních domácích aktivit u většiny nemocných trpících Parkinsonovou nemocí ve sledované skupině, dojde ke zlepšení kvality jejich života.

Předpoklad č.2: U více než 50% nemocných v raném stádiu nemoci dojde k zmírnění symptomů nemoci.

6 Použité metody a postupy

Výběr použitých metod souvisí s tím, že se sledovaný jedinec a jeho motorické projevy nejdříve mapují v rámci skupiny, přístup je zpočátku více kvalitativně zaměřen. Současně autorka používá individuální práce s klientem a podporuje jej a doprovází v jeho vlastních hudebních aktivitách v domácím prostředí, které jsou rozvrženy do celého dne tak, aby podporovaly zlepšení kvality motoriky. Autorka práce ale výkony a kreativitu nemocných reálně může pozorovat pouze ve skupině. Zde je uplatněna metoda pozorování, rozhovoru a expresivních hudebních aktivit.

Základní metody pozorování a rozhovoru byly doplněny metodami dalšími, které si vyžadovala práce se skupinou nemocných. Stěžejní moment představuje metoda případové ilustrace, kde se zobrazuje problematika klienta v průběhu desetiměsíční práce - jeho přístup k nabízeným aktivitám, jeho aktivita jak ve skupině, tak i v domácím prostředí. Navíc se v této případové ilustraci zachycuje i vliv hudebních aktivit na motorické a non – motorické příznaky klientů. V individuálních hudebních aktivitách, které představují hudební aktivity rozvržené do denního režimu tak, aby umožňovaly klientovi kvalitnější pohybový komfort, sleduje autorka práce svého klienta telefonicky a na základě písemné dokumentace. Reálnou podobu hudebních aktivit pak autorka práce sleduje v kontextu skupiny, a současně sleduje všechny osoby s Parkinsonovou nemocí ve skupině – tedy dění skupiny, její psychosociální dynamiku a její krize a potřeby. Jsou realizovány zápisky a videozáznamy, které pak jsou průběžně vyhodnocovány. Autorka práce jak telefonickou podporou klienta, tak prací se skupinou se dostává do pozice edukátora. Záznamy vedené pomocí zápisů s pravidelným mapováním stavu klienta i s pomocí videozáznamu, jejich dílčí vyhodnocování, konzultace se supervizory je možné hodnotit, z hlediska metod, jako práci s dokumentací. Dokumentace poskytuje materiál, dle kterého bylo možné hodnotit kvalitu motoriky i ostatních projevů zpětně a i ve skupině všech studentů účastnících se této práce s klienty s Parkinsonovou nemocí.

Přiblížení situací, které klienti prožívají jsou uváděny v krátkých příkladech – exemplifikacích. I exemplifikace považujeme za jednu z metod. Kompletizace poznatků - jak o celé skupině nemocných, tak i o klientovi vedeném autorkou práce jako jedním z edukátorů, je zpracována i pomocí grafických znázornění a v popisu rozdílů mezi jednotlivými klienty, ústí do případové ilustrace, kde jsou popsány i konkrétní individuální

hudební aktivity prováděné během dne klientem a jejich efekt. Případovou ilustraci proto řadíme také mezi použité metody (Matoušek 2003, s. 34).

Individuální hudební aktivity představují další metodu. Sledovaly rozvoj motoriky u individuálně vedeného klienta (autorkou práce jako edukátorem), byly stanovovány v rámci práce skupiny, kde vhodné hudební postupy byly společně s klienty nacházeny. Postupy byly supervidovány lékařem - neurologem a s muzikoterapeutem - supervizorem. Zde se uplatňovala především metoda pozorování, rozhovoru, psychosociální podpory a individuální a skupinové edukační muzikoterapie ve formě hudební reedukace. Setkávání skupiny probíhalo v pravidelných termínech, s nakonec ustáleným počtem klientů – členů skupiny šesti nemocných.

Práce všech studentů v pozici edukátorů byla zpočátku orientována na volbu individuální hudební aktivity, dle metod a technik, které uváděla v přednášce (Praha 2011) o své muzikoterapeutické práci MUDr. L. Čapková. L. Čapková muzikoterapii prováděla s klienty s Parkinsonovou nemocí dlouhodobě, s pozitivními výsledky, které prezentovala na přednášce, která představovala obsah i kapitoly v plánovaném budoucím učebnicovém textu (Praha 2011).

Posléze ale začala být stále zřejmější ta skutečnost, že je nutné nacházet pro každého klienta zcela vlastní postupy - takové, které by každému klientovi přinášely pozitivní efekt.

Příznaky Parkinsonovy nemoci jsou natolik pro každého nemocného specifické, že i stanovení individuálních hudebních aktivit, s pracovním názvem L. Čapkové tzv. „*Hudebního jídelníčku*“ (Praha 2011), nemohly být unifikované.

Metodika L. Čapkové představovala vhodnou bázi, na kterou muzikoterapeutické postupy nacházené specificky autorkou práce pro sledovaného klienta a pro práci celé skupiny klientů navazovaly, a vůbec představená práce L. Čapkovou připravovala možnost takovouto aktivitu započít.

Stanovení individuálně hudební aktivity považujeme za metody expresivní povahy, ve formě individuálních a současně i skupinových muzikoterapeuticky orientovaných postupů.

K znázornění průběhu desetiměsíční hudební reedukace byly použity škály, které stanovil tým edukátorů a supervizorů a kterými byli jednotliví členové skupiny každým studentem – edukátorem posuzováni pomocí tabulek a grafů.

Jako další metody, které provázejí pozorování, rozhovory, exemplifikace, případové ilustrace i zjišťování výsledků, jsou jako metody užity myšlenková analýza a syntéza, indukce a dedukce.

Pro rychlejší orientaci škálování u jednotlivých grafů je popis škál připomenut tabulkou „*Hodnotící škály*“, u každého grafu.

7 Průběh průzkumu

7.1 Popis zkoumaného vzorku

Sledována byla skupina, která se ustálila na počtu sedmi členů Parkinson klubu. Na počátku, kdy reedukační formy muzikoterapie byly nabídnuty klientům, vyslovilo zájem deset členů klubu Parkinson. Tři členové skupiny, po zjištění nároku na pravidelná setkávání, odmítli – jedna žena s odůvodněním časové zaneprázdněnosti, další muž nepokračoval v muzikoterapeutických setkáních pro úraz, další žena odmítla pravidelné schůzky s odůvodněním časové zaneprázdněnosti s ohledem na prodej nemovitosti. Vykryštovala se skupina sedmi členů, kdy jeden byl natolik samostatný, že byl veden celým týmem edukátorů pouze na skupinách a další se časem odpojil ve své vlastní hudební činnosti, kterou měl v úmyslu zaměřit jako hudební reedukaci pro neslyšící. Sledovaní klienti jsou v práci popsáni tak, aby byla znečitelněna jejich identifikace a tím byla zachována potřebná anonymita klientů.

7.1.1 Popis skupiny

Skupinu sledovaných klientů tvoří šest osob s Parkinsonovou nemocí. Je to skupina osob různého věku, každý z nich má odlišné zdravotní problémy, jiné symptomy nemoci, a každý z nich byl jiného profesního zaměření - to co je všechny spojuje je jejich zájem o hudbu a postižení Parkinsonovou nemocí. Skupina ale není zcela jednotná.

„Každá skupina prochází určitými fázemi, kdy se iniciuje a formuje skupinová identita a soudržnost. Je to tzv. úvodní fáze nebo fáze orientace, kdy probíhá vzájemné seznamování klientů a terapeutů navzájem. Může dojít k jisté idealizaci terapeuta a závislosti na jeho přízni. Důvěra ve skupině není ještě pevně zakotvena, klienti na sebe odhalují jen to, co je pro ně bezpečné. Vznikají ale i konfrontační momenty, kdy si klienti dovolí vyjádřit kritiku a nespokojenost, formují se skupinové role, vznikají vztahy dominance a submisivity. Důvěra, jistota, bezpečí a vzájemné sblížení přichází ve fázi soudržnosti nebo akceptace. Pokud skupina prožije tuto fázi, nabývá charakteru samočinně fungující skupiny, v níž klienti pracují na změně, poskytují si oporu a zpětné vazby, zaměřují se na společný cíl. Hudební improvizace se může zaměřit na některou z těchto etap a podpořit ji“ (Zeielová 2007, s. 147).

V počátku bylo nutné seznámit se s prostředím, ve kterém docházelo k muzikoterapeutickým schůzkám. Pro autorku práce bylo důležité především, nejen seznámit se se sledovanými klienty, ale i poznání jejich doprovodných symptomů Parkinsonovy nemoci. Jednalo se o symptomy na pohled viditelné, zde zařazujeme symptomy motorické, jako je např. třes, rigidita, tak i během společně individuálně vedených rozhovorů symptomy non - motorické, jako jsou např. symptomy vedlejšího fyziologického charakteru např. obštipace, psychické problémy, nadměrné pocení atd. Na společných muzikoterapeutických schůzkách se postupně vytvořilo přátelské a empatické klima, ve kterém se začínala rýsovat budoucí spolupráce na individuálně hudebních aktivitách. Práce ve skupině byla zpočátku zacílena na společné hudební aktivity vedené supervizorem – muzikoterapeutem. Hudební aktivity spočívaly ve skupinové práci všech sledovaných klientů, zaměřeny byly na hudební aktivity podporující motoriku, na tanec ve skupině, dále na vyjádření emocí za pomoci hudební improvizace, ale i na relaxační poslech hudby. Tyto hudební aktivity dokázaly vyvolat u sledovaných klientů podobné, ale i odlišné emoční prožitky, reakce a sebevyjádření se hudbou. Program byl vždy v předstihu připraven a měl jasný cíl, a to zlepšit motorické a non - motorické symptomy členů skupiny. Modely improvizace byly zaměřené na koncentraci, např. zaposlouchání se do zvuků okolí, vnímání a vyjádření vlastního vnitřního tempa, pohybu, rytmu a hudby (hudby těla), zaměřené na komunikaci, např. lehce strukturované hry s jistými pravidly, ale také zaměřené na emocionální vyjádření, např. hudební vyjádření nálady a podporující asociace, např. hudební zpracování témat jako „roční období.“

Na každého člena hudba působila odlišně, vyvolávala různé představy a emoce, sledovaní členové na hudbu reagovali variabilně, ale patrné bylo, že v první fázi ve skupině byla viditelná převládající potřeba prostřednictvím hudebních aktivit a rozhovorů vzájemně si sdělovat to, co prožívají a to více, než zájem o samotná hudebně – motorická cvičení. Z důvodu zacílení na psychosociální podporu nemocného s Parkinsonovou nemocí, bylo zapotřebí souběžně se zaměřit na domácí podporu sledovaných klientů autorkou práce, která spočívala v telefonické komunikaci a elektronické poště. Ale převaha psychosociálních témat zpočátku stála v popředí i zde.

Skupina sledovaných klientů převážně kladně hodnotila dění na muzikoterapeutických schůzkách.

Od prvotních setkání otevřenost sledovaných klientů, ale i studentů - edukátorů měla vzrůstající tendenci. Ve skupině se vytvořila důvěra ke sdělování a vyjádření problémů, ale i radosti. Velmi brzy poměrně otevřeně, každý ze skupiny dokázal vyjádřit a popsat, jaký měl den, jak se mu dařilo, co se mu nepovedlo, naopak, co se mu podařilo, jak se cítí, jaké jsou jeho pocity z hudební reedukace, což přinášelo a vnášelo do dění skupiny pozitivní aspekt.

Dominující potřeba u klientů je vnímat skupinu jako sociální prostor, kde je možné své prožitky, životní obavy i cíle sebe sama ventilovat, očekávat přijetí od jiných a sám k nim být empatický se kolem čtvrtého měsíce láme v zkušenost, že skupina je tímto sociálním prostředím. Zprvu konfrontační momenty se ve skupině řeší odchodem k vlastní činnosti jednoho člena skupiny, dominující podskupina s dvěma členy je tak oslabena a zprvu submisivnější podskupina vytváří jádro tmelící skupinu vzájemnou solidaritou. Přichází moment, kdy je člen skupiny více skupinou jistěn a více se věnuje nacházením tvaru pro vlastní své hudební aktivity. V poslední fázi společné desetiměsíční práci se objevuje ve skupině vyšší vlastní samostatnost i v denních hudebních aktivitách. Skupina jako bezpečný a bezpečí poskytující prostor, je nejdříve tak vnímána, pak nastupuje moment většího soustředění na hudební aktivity podporující hybnost a motoriku a nakonec nastupuje i vyšší vlastní aktivita jednotlivých členů při domácích hudebních aktivitách.

Aktivita ve skupině

Mezi oblíbené aktivity sledovaných klientů v první řadě patřil tanec na svižnou a ráznou hudební melodii s jasně daným rytmem, který přinášel uvolnění, ale zároveň pohybové rozcvičení, kterého bylo zapotřebí před zahájením jakékoli aktivity ve skupině. Dochází k probuzení pohyblivosti, postupnému získání zkušeností s pohybem, orientací, sebedůvěrou, jakož i zlepšení kvality života. Navíc je zvuk a hudba ideálním prostředkem abreakce k uvolnění zátěžových stavů a nastrádané tenze. Zvuk a hudba jsou nedílnou součástí nás všech. Jsou lidé v této skupině, kteří tvrdí, že si již život bez hudby nedokáží představit. Žijeme v moři zvuků, které přijímá náš organismus. Hudba je ideálním prostředkem pro navození stavu relaxace, účinným prostředkem na uvolnění tenze. Je prevencí stresu a uvolňuje zátěžové stavy organismu. Současně je komunikačním prostředkem.

Efekt vlivu hudby a jejího prožitku je samozřejmě dán i individuálními rozdíly mezi lidmi. Neexistuje pouze jediný a u všech lidí stejný hudební prožitek. Proto v další kapitole popíšeme rozdíly a podobnosti mezi jednotlivými členy skupiny.

8 Výsledky a jejich interpretace

8.1 Případové ilustrace jednotlivců ve skupině

Autorka práce v této kapitole předkládá popis jednotlivých klientů na úrovních:

- A. motorických projevů ve smyslu symptomů
- B. na úrovni signálů, které poukazují na psychosociální potřeby klientů
- C. z hlediska samostatné aktivity v rámci individuálně hudební aktivity

Předkládají se výsledky pozorování sumárně v grafech a i v exemplifikacích, aby byl zřejmý vztah mezi zobecněním a podobou sledovaných projevů v praxi. Určitá míra zobecnění je zachycena v grafech, exemplifikace naopak popisují jednotlivé situace.

Grafy nám umožní i další a vyšší stupeň sumarizace, a to v nalézání vztahů mezi jednotlivými úrovněmi *a.*, *b.*, *c.*, což vytvoří materiál k sumarizaci výsledků empirického šetření.

Motorické projevy jsou u klientů s Parkinsonovou nemocí negativně poznamenány. Sledujeme proto zřetelnost a vyjádření příznaků. Hudebním stimulem, která naopak povzbuzuje hybnost a motoriku, představují je zpěv, tanec, pohyb na hudbu, rytmické tleskání, hra na hudební nástroje. Pomocí hudebních aktivit tak byly navozovány změny, které jak tým předpokládal, budou pozitivní. Především se předpokládala a sledovala změna v motorických projevech směrem k pozitivnější hybnosti a k zlepšení motorických funkcí.

Jednotlivec v kontextu skupiny

Zjištěný model reagování skupiny, se bude srovnávat s reagováním a chováním jednotlivých klientů v oblasti přítomnosti motorických symptomů, v oblasti psychosociální podpory a v oblasti samostatnosti klienta.

Popis hodnotící škály pro oblast motorických symptomů

Porovnáním motorických symptomů mezi jednotlivými členy skupiny byly týmem edukátorů a supervizorů stanoveny počáteční body vyjadřující manifestaci motorických symptomů u jednotlivých členů skupiny. Výkyvy u jednotlivce v čase jsou pak směrem k bodu 5 či 1 hodnoceny pomocí ratingové metody (Skopal in Vymětal 2007, s. 49). Výkyv

nad 5 znamená takovou manifestaci příznaků, že klient sledované skupiny není natolik mobilní, aby se dostavil na skupinu. Výkyv pod bod 1,5 znamená jedince bez přítomnosti symptomů Parkinsonovy nemoci.

Oblast hodnotící škály pro uvědomění psychosociálního významu skupiny

V této oblasti jde o vlastní podporu psychosociálního uspokojení klienta, kterou pomocí grafické posuzovací škály edukátor dle svých pozorování a zápisků zaznamenává pomocí číselných údajů následujícím způsobem: škála od 3. do 5. znázorňuje míru potřeby (zvyšující se k bodu 5) psychosociálního uspokojení klienta, kterou klient vnímá, ale doposud nemá zkušenost, že skupina je jistícím psychosociálním prostorem k uspokojování psychosociálních potřeb. Bodové hodnocení od 3. - 1. znázorňuje míru vlastní potřeby psychosociálního uspokojení klienta, kterou klient vnímá a zároveň má zkušenost, že skupina je jistícím psychosociálním prostředím (směr k bodu 1 znamená vyšší míru této zkušenosti).

Oblast samostatnosti klienta

Na škálu typu Likertovy škály (Skopal in Vymětal 2007, s. 50) je zaznamenávána míra samostatnosti klienta takto:

- 1 – naprosto nesamostatný
- 2 – nesamostatný
- 3 – ani nesamostatný, ani samostatný
- 4 – samostatný
- 5 – velmi samostatný

V následujícím textu autorka práce popíše charakteristiky každého z členů skupiny, dle vlastního posouzení formou tabulky, grafu, exemplifikací a krátké případové ilustrace.

Paní Anna a pan Karel

Dá se říci, že vůdčí osobností sledované skupiny je paní Anna, která je profesí tanečnicí (dnes je paní Anně kolem osmdesáti let) a pan Karel, který je profesí hudebník, ale každý z těchto dvou lidí má na hudbu někdy odlišný názor. Pan Karel dříve pracoval jako samostatný vývojový pracovník, vystudoval technický obor v Praze. Dnes je mu kolem šedesáti let. Je to člověk, který má naplněný život aktivitami. Je aktivním umělcem a hudebníkem. Největším jeho zájmem je hraní v rockové kapele, skládání kritických písní na

období minulého režimu, ale i současnou společnost. Některé z textů se týkají jeho života. Pan Karel je nedoslýchavý a přes svůj handicap pořádá přednášky pro ostatní stejně „*postižené osoby*.“ Prvoplánově byla skupina jednotná, po dvou setkáních začala autorka práce vnímat počátky štěpení.

Pan Karel byl od počátku samostatný, ale akcentovaně dominující. Jeho motorické projevy se během hudby, která je pregnantně rytmická, upravovaly. Podobně i řeč, kde byl výrazně postižen. Psychosociální potřeba ale nepřerostla v poznání skupiny, jako ochranného prostředí, naopak, byl ke skupině kritický a neakceptoval potřeby ostatních členů skupiny.

Paní Anna byla ta, která byla od počátku samostatná, vnášela do skupiny prožitkové aspekty, již svým výrazovým tancem a příklady aktivit, které přinášela v podobě etud. Dominovala ve skupině, ovlivňovala skupinu pozitivně. Ale i ona, jako velmi hudebně nadaný jedinec, cítila potřebu jít vlastní cestou, natolik, že podskupina zprvu submisivních a ona nevytvářely vždy stmelené směřování k cíli. Paní Anna netrpěla tak dominujícími motorickými příznaky, jako jiní členové skupiny. Klientka tančí na hudbu od svých dvaceti let. I ve svém věku je velmi aktivní, o sobě říká: „*Když jsem unavená, musí být hudba a tanec. Při hudbě a tanci mám pocit, že se můj pohyb lepší.*“

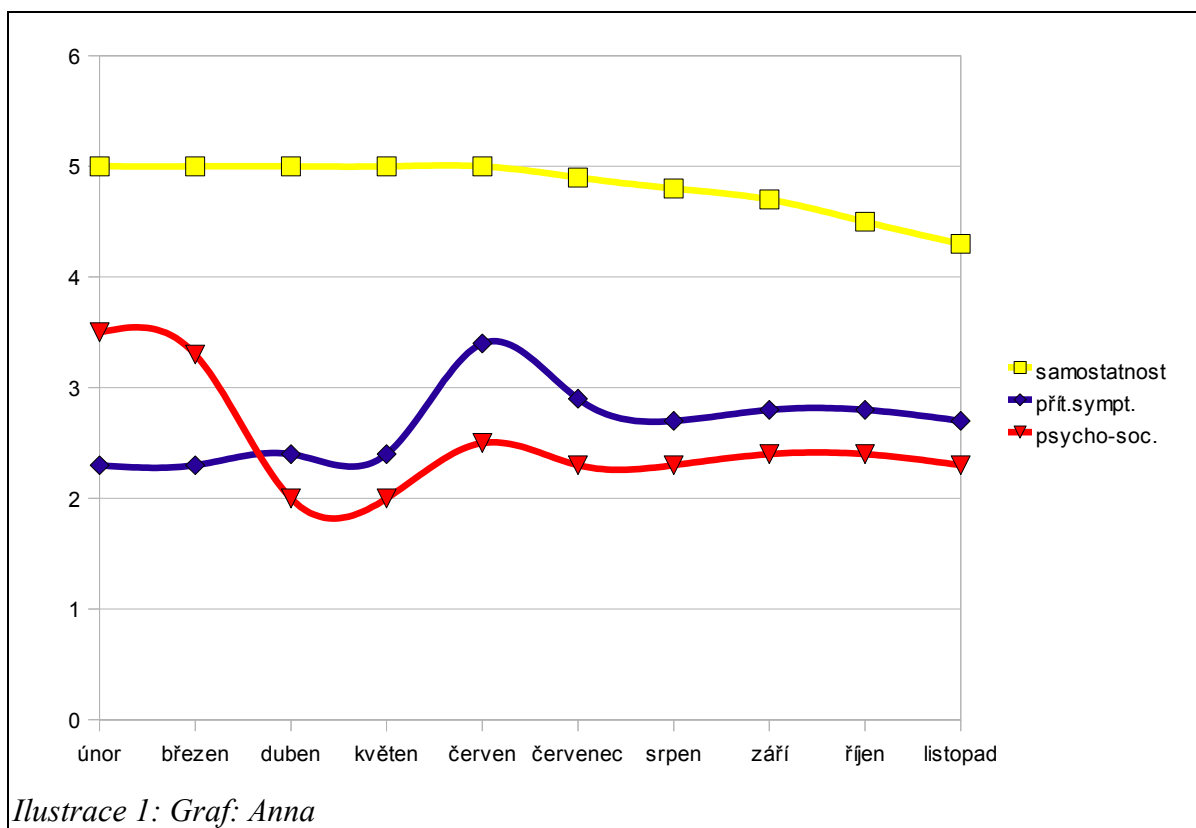
Zde autorka práce uvádí tabulky a graf znázorňující paní Annu.

Tabulka č. 1: Hodnocení sledovaných linií v průběhu 10 měsíců, klientka Anna

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
motorika	2,3	2,3	2,4	2,4	3,4	2,9	2,7	2,8	2,8	2,7
psycho-soc.	3,5	3,3	2,0	2,0	2,5	2,3	2,3	2,4	2,4	2,3
samostatnost	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,9	4,8	4,7	4,5	4,3

Tabulka č. 2: Hodnotící škály

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší	<			nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší	>			nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



Exemplifikace: Na otázku „Co vše zlepší kvalitu života?“ paní Anna odpovídá „Poslušnost a trpělivost, tj. to co mi lidé neumíme a zároveň dodává, poslušnost a trpělivost jsou vlastnosti, které by měly být vymýceny ze světa, protože jsou lidmi zneužívány. Měli bychom je umět dávkovat!“ Paní Anna je kreativní členkou klubu. Stále se snažila oživit činnost Parkinson klubu a získat finanční prostředky na zakoupení hudebních nástrojů, na MP3 přehrávače pro klienty, na cokoliv, co by pomohlo při práci na hudebních aktivitách jednotlivých klientů za účelem zlepšení pohybu a zmírnění přítomnosti motorických symptomů Parkinsonovy nemoci, např. prodejem odznáček ve tvaru tulipánku při příležitosti „Květinového dne.“ Paní Anna dokázala zapůsobit na skupinu a vytrhnout ji z pasivity do aktivity. Autorka práce uvádí příklad, kdy paní Anna přišla s nápadem, že by bylo vhodné, aby všichni klienti a zároveň zdravotní personál uměl prstovou abecedu. Jako důvod klientka sama uvádí „Chtěla bych, abychom se naučili komunikovat beze slov, jen mimicky, případně nějakými gesty a hlavně především mít v ruce bubínek, protože gesta nebudeme moci použít, abychom dokázali nějakým způsobem dát najevo, jak se cítíme, že je nám špatně, že nám dobře, že potřebujeme zoufale pomoci.“ Autorka práce se domnívá, že hlavní myšlenkou k prstové abecedě jsou zde vnitřní obavy samotné klientky, ona sama říká: „Mám obavy z nepochopení ze strany druhých, je to má největší obava. Mám velký strach, že zůstanu sama, že budu muset být závislá na lidech, kteří mne nepochopí. Obávám se péče necitlivých lidí a doby, kdy budu odkázána na jejich pomoc.“

Zmiňovaný muž (pan Karel) neprošel touto fází adaptace na klima skupiny, zmiňovaná žena – tanečnice – velmi jemně a citlivě začala podporovat ostatní v tanečních projevech. Tím skupina začala být ve všech svých členech daleko více „tanečně pohybová“ a tím si také začala být daleko více po motorické stránce jistá a emočně stabilnější a optimisticky laděná.

To, instabilní, se sníženou impulsivitou a současně zúskostněný pan Karel, nereflektoval. Skupina začala jeho dominantní nabídky vytlačovat na pokraj. Došlo ke zlomu a zprvu ti členové skupiny, kteří se jeví jako submisivní, vytvořili klima spolupráce, které velmi jemně vnímalo aktivity a „jinakosti“ druhých a skupina vytvořila novou, daleko kvalitativněji významnější, protože s niterným zapojením všech členů, kvalitou kooperace a práce na hudebních aktivitách se stala vnitřně emocionálně laděnou.

Tito dva lidé představovali ve skupině dominantní jedince. Hlavním důvodem bylo prosazování si „své hudby“ pana Karla, která třebaže vyhovuje jemu samému, nevyhovuje

ostatním klientům ve skupině. Pan Karel se zprvu podřídil, ale záhy, ne ale veřejně řekl, že mu ta daná hudba a styl nevyhovují. Je jasné, že každý klient je individuální, s každým je zapotřebí najít jeho potíže a jeho užití hudby. Ale dominující hudební talent obou osob – Anny a Karla a i nastalé klima vedlo k tomu, že pan Karel začal absentovat v docházkách na skupinu. Před tím, ale představil svůj styl rytmické hudby pro neslyšící. Odchází tedy s ideálem svého typu hudební reedukace.

Pan Miloš

Autorkou práce sledovaný klient (pan Miloš) vnášel do skupiny emocionální stabilitu a jemně podporoval právě zprvu se jevící submisivní klienty a jejich aktivity. Tito členové skupiny se pak stávaly aktivními, zcela viditelně a sledovaný klient autorkou práce se naopak stával tím, kdo umí jít do rizika aktivit, kde bude nemotorným, neúspěšným, viditelně nemocí postiženým. Sledovaný klient postupně ztrácel obavy z projevů motorických symptomů jeho nemoci, které jsou poměrně výrazné a v běžném prostředí velmi upoutávající pozornost cizích lidí. Tak sebevědomí členů skupiny u původně submisivních stoupalo a naopak zprvu dominující členové skupiny prožívali krize s přijetím, resp. nepřijetím ve skupině v některých svých nabízených aktivitách.

U pana Miloše hudba korigovala jeho asynchroničnost v pohybech horních končetin, emočně byl stabilní s menšími výkyvy, ale skupinu podporující. Velmi často nosil do skupiny dárky. Toužil také se více opírat o skupinu, i když nebyla tato snaha zřejmá ve skupině samé, jako v jeho osobních zápiscích.

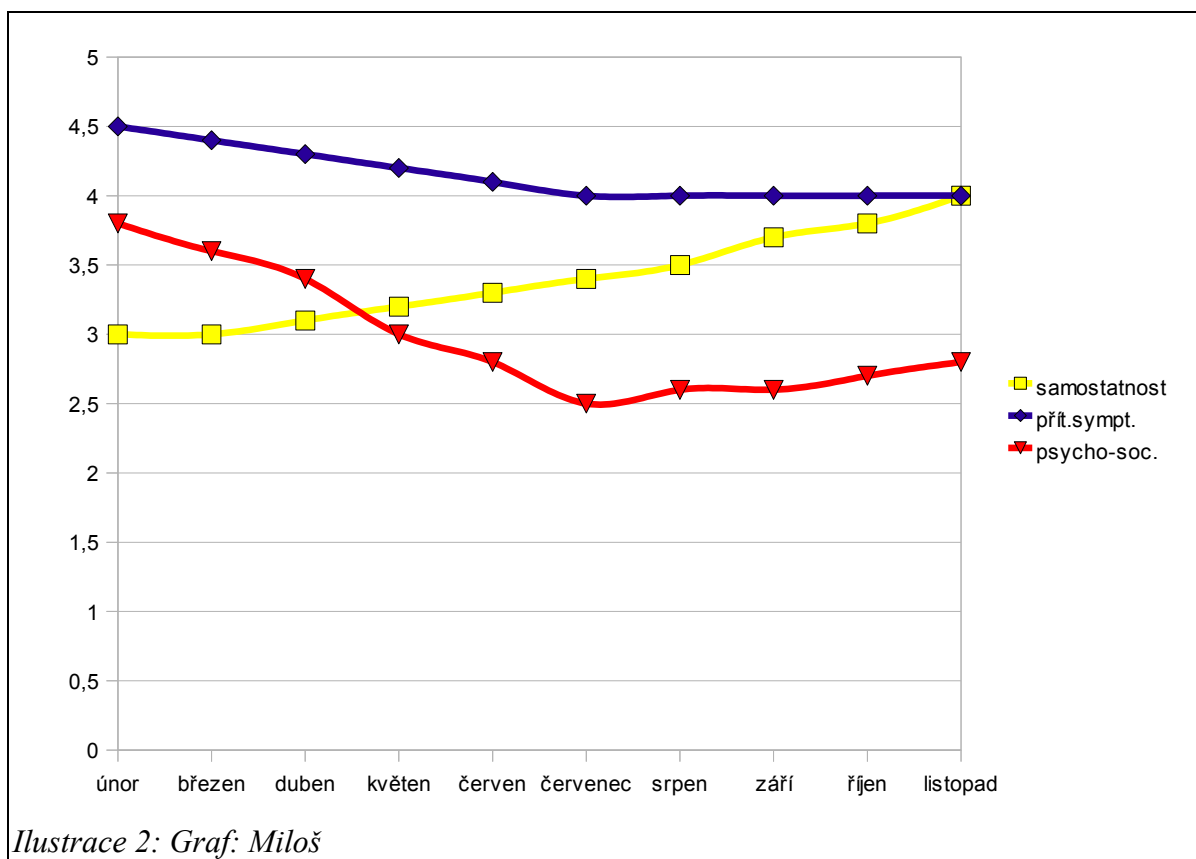
Zde autorka práce uvádí tabulky a graf znázorňující pana Miloše

Tabulka č. 3: Hodnocení sledovaných linií v průběhu 10 měsíců, klient Miloš

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
motorika	4,5	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
psycho-soc.	3,8	3,6	3,4	3,0	2,8	2,5	2,6	2,6	2,7	2,8
samostatnost	3,0	3,0	3,1	3,2	3,3	3,4	3,5	3,7	3,8	4,0

Tabulka č. 4: Hodnotící škály

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší	<			nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší	>			nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



Exemplifikace: On sám říká: „K muzikoterapii mě vedla myšlenka realizovat se v oboru, který jsem ještě neměl prostudovaný a hlavně, že se zde sešly osoby, které uměly tancovat a měly hudební sluch. Důležité pro skupinu bylo a mělo by zůstat, aby se vždycky členové skupiny doplňovaly, dovedly se mezi sebou domluvit a vzájemně si pomoci. To, co jsem od setkávání a hudebních aktivit očekával, se vyplnilo a člověk byl zase o kousek dále. Hudební aktivity mi pomohly, alespoň si to myslím, pomohlo mi to také v mé nesmělosti. Z počátku jsem měl obavy, bál jsem se jít tancovat, věděl jsem o sobě, že mé pohyby budou na ostatní členy skupiny působit nemotorně, ale zjistil jsem, že to byla jen má domněnka, protože ostatní členové skupiny mě naopak poskytli podporu a já si uvědomil, že mé obavy byly zbytečné.“

Paní Jana

Paní Janě je kolem sedmdesáti let. Klientka se do průběhu muzikoterapeutických aktivit ráda zapojila a téměř všech setkání se zúčastnila. Autorka práce se domnívá, že ve skupině se paní Jana chovala spíše tiše a plaše, zůstávala vždy v pozadí a stala se jakýmsi pozorovatelem hudebního dění, pokud však byla vyzvána k akci, ochotně se zapojila, ale vždy jen na malou chvíli. Byla nucena vzhledem k symptomům Parkinsonovy nemoci častěji odpočívat. Paní Jana byla spíše introvertní povahy a její uzavřenost nedala průchod svým emocím navenek. U klientky se projevovaly dominantní příznaky Parkinsonovy nemoci v oblasti pohybové rigidity a bradykineze. Rigidita byla pozorována ztuhlostí svalů v dolní polovině těla, což bylo projevem ztíženého pohybu dolních končetin, obtížnou a někdy i znemožněnou chůzí. Její držení těla bylo nepřírozené, flekční (ohnuté vpřed). Výrazná byla také postulární porucha, což způsobovalo výrazné a obtížné udržení stability ve stoji, ale také při chůzi. U paní Jany byla také výrazně projevována hypomimie, kdy svaly obličejové části nezvýrazňovaly přesně zrcadlení vnitřních prožitků prostřednictvím odpovídající mimiky. Problémy měla klientka i v oblasti řeči, které se projevíly hypofonií a aprosodií. Hlas klientky byl tichý, nevýrazný a výslovnost setřelá. Předností této klientky byla její pevná vůle, odhodlanost překonávat potíže, vytrvalost a pečlivost. Vždy měla snahu „dotáhnout věci do konce.“

Přes to, že se zdála být členem skupiny stojícím v pozadí, svou soustředěností na konání a prožívání skupiny, skupinu iniciovala. Touha po tom, aby jí byla skupina bezpečím poskytujícím sociálním prostředím byla patrna. V období, kdy se vyrovnávala s velmi

obtížnou situací v rodině, se vyčerpala natolik, že byla hospitalizována, nebyla schopna pohybu. Ve své rodině se, podobně jako zpočátku ve skupině neuměla prosadit. Později ale ve skupině byla více asertivní a současně se o skupinu dokázala emočně opřít a zpětně i jejím členům poskytovala empatii. Motorika byla u této ženy vlivem edukačních hudebních aktivit zlepšena. Samostatnost se zvýraznila na základě zkušenosti této klientky se skupinovou prací.

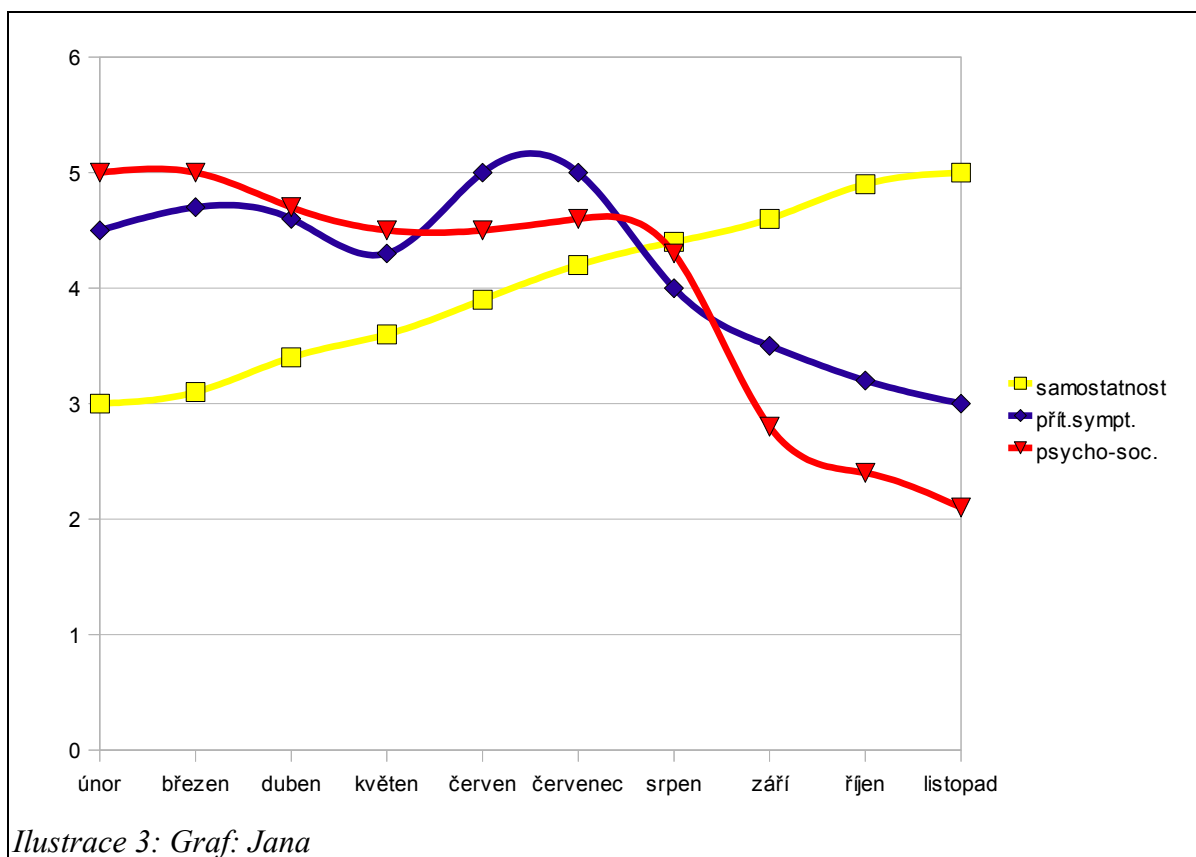
Zde autorka práce uvádí tabulky a graf znázorňující paní Janu

Tabulka č. 5: Hodnocení sledovaných linií v průběhu 10 měsíců, klientka Jana

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
motorika	4,5	4,7	4,6	4,3	5,0	5,0	4,0	3,5	3,2	3,0
psycho-soc.	5,0	5,0	4,7	4,5	4,5	4,6	4,3	2,8	2,4	2,1
samostatnost	3,0	3,1	3,4	3,6	3,9	4,2	4,4	4,6	4,9	5,0

Tabulka č. 6: Hodnotící škály

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší	<			nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší	>			nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



Exemplifikace: U paní Jany byly časté výkyvy v oblasti fyzického, ale i psychického vypětí, ke kterým docházelo nejčastěji v průběhu setkávání na skupině. Přicházely časté změny v oblasti rigidity dolních i horních končetin. Častá a viditelná byla také únava, kterou doprovázelo zhoršené dýchání. Klientka ke své osobě říká: „*Mám pocit, že nic nestíhám, nezabraly mi léky, proto jsem dnes unavená,*“ a zároveň má problémy s dechem. Paní Jana má složitou rodinou situaci. Řeší především zdravotní problémy své dcery a to se odráží především na jejím psychickém a fyzickém stavu, např. případ z doby, kdy klientka převzala péči o svou dceru po náročné, operaci a její novorozené dítě, sama uvádí „*V té době jsem neměla čas myslet na své zdravotní problémy, bála jsem se o dceru, její narozené dítě, bála jsem se budoucnosti.*“ Práce v domácnosti a starost o vnouče ji zatížily natolik, že byla hospitalizována v nemocnici pro celkový kolaps organismu. Psychická zátěž a únava organismu způsobily zhoršení motorických symptomů Parkinsonovy nemoci.

Paní Diana

Paní Dianě je kolem šedesáti let. Parkinsonovou nemocí trpí přibližně deset let. Sama spojuje začátek své nemoci s problémy v rodině, kdy se děti odstěhovaly ze společné domácnosti. Ona sama v té době žila ve velké nejistotě, strachu o své děti, které neměla na blízku. V současné době se aktivně zúčastňuje a podílí na všech aktivitách Parkinson klubu. Účastní se rehabilitačních pobytů, plavání v bazénu, logopedické intervence, zúčastnila se i výročního výstupu na horu Říp. Sama na tento výstup s úsměvem vzpomíná, přestože má problém s pohybem a chůzí, horu Říp *zdolala* v malých botách. Klientka po probuzení trpí ztuhlostí celého těla, má velké problémy vstát a rozpohybovat své tělo, ale vstane, jelikož má psa, kterého musí vyvenčit. Teprve po návratu domů začíná cvičit. Paní Diana k tomu říká: „*Cvičím na hudbu, kterou zrovna hrají v rádiu. Bez toho, abych si každé ráno zacvičila, je má pohyblivost velmi omezená. Někdy jsem po ránu unavená, jako by jsem vůbec nespala, do cvičení se mi nechce, ale tím, že jdu vyvenčit psa, tak mě to probere a uvědomím si, že když si nezacvičím, nebude stát den za nic.*“ Fyzická kondice a pohyblivost klientky je ovlivněna daným počasím a ročním obdobím. Ve svém volném čase se ráda věnuje ruční práci, práci s papírem, kterou i přes své omezené pohyby rukou s velkou trpělivostí zvládá.

Klientka si často stěžuje na bolest dolních končetin a na časté zárazy v chůzi, tzv. freezing. Chůze je pomalejšího rázu, ale jistá. Postoj klientky je mírně v předklonu, kulatá záda. Řeč klientky je zrychlená, dalo by se říci v určitém okamžiku až překotná. V řeči jsou

patrné zárazy. Klientka působí ve skupině spíše tichým dojmem, ale je-li vyzvána k aktivitě, ráda se zúčastní. Působí lehce ustrašeným, nervózním a nerozhodným dojmem. Má potíže s rovnováhou a stabilitou.

Její psychosociální potřeby na počátku setkávání nebyly zralé a byly spíše orientovány na ní samotnou. V průběhu práce se ale z této ženy stává stabilizující člen skupiny. Dochází v její práci na motorických cvičeních ke zlomu od určitého momentu, viz. Graf, se více soustřeďuje na samotná cvičení, poté je i více samostatná a iniciující. Přichází s kreativními obměnami hudebně – pohybových aktivit a stává se iniciujícím a empatii do skupiny vnášejícím členem.

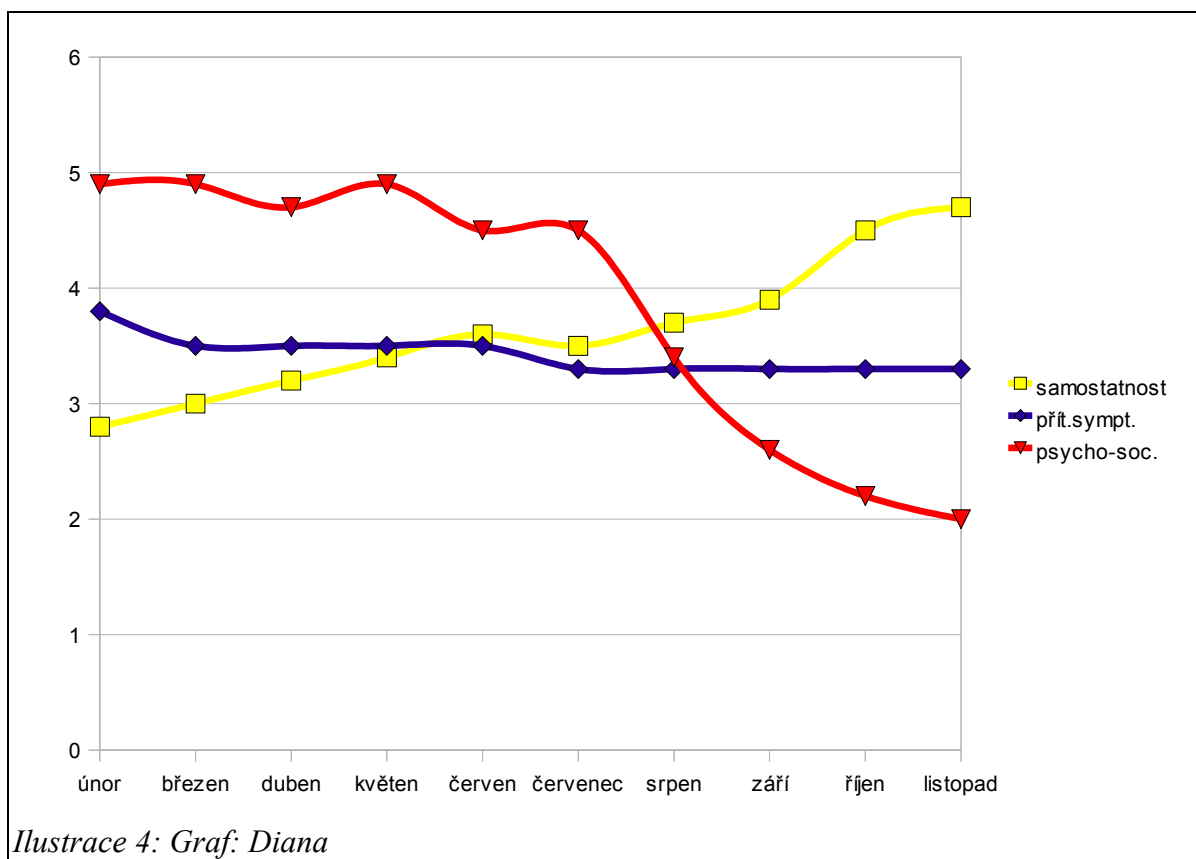
Zde autorka práce uvádí tabulky a graf znázorňující paní Dianu

Tabulka č. 7: Hodnocení sledovaných linií v průběhu 10 měsíců, klientka Diana

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
motorika	3,8	3,5	3,5	3,5	3,5	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3
psycho-soc.	4,9	4,9	4,7	4,9	4,5	4,5	3,4	2,6	2,2	2,0
samostatnost	2,8	3,0	3,2	3,4	3,6	3,5	3,7	3,9	4,5	4,7

Tabulka č. 8: Hodnotící škály

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší	<			nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší	>			nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



Exemplifikace: Klientka na jednom ze setkání o sobě říká: „*Cvičit mně naučilo mé vlastní tělo, kolikrát jsem se probudila v noci, protože mně probudila bolest zad.*“ Paní Diana má problémy také s pohybem dolních končetin, proto preferuje pomalejší pohyby. Při chůzi má tendenci k zrychlování chůze. Při rychlejším tempu pohybu se občas zamotá a hrozí pád.

Lékař Petr Dušek říká: „*Všiml jsem si zrychlování v chůzi, je důležité se v počátku chůze soustředit na tempo, dané např. metronomem nebo hudbou, protože, když hudbu nemáme k dispozici, máte tendenci zrychlovat krok.*“ Paní Diana má problém nejen se zrychlováním chůze, ale i zrychlováním řeči. Její řeč je někdy až překotná, ona sama k tomu říká: „*Po celý svůj život rychle mluvím, nevím proč, nevydržím mluvit klidně dlouho.*“

Lékař Petr Dušek dodává: „*Zrychlování řeči patří mezi symptomy Parkinsonovy nemoci, obecně je to velmi častý symptom, když nechám ve své ordinaci pacientku, aby mi vyťukala rytmus, začne, v počátku je vše v pořádku, ale pak nastane záraz a následuje zrychlené tempo. A to samé je s chůzí, zkracují se a zároveň zrychlují kroky a postupně se připojuje záraz, tzv. freezing.*“

Zde bylo zapotřebí zařadit mezi hudební aktivity paní Diany také nácvik rozpoznání počátku zrychlování řeči. Ona sama uvádí: „*Počátek zrychlování v řeči rozpoznám, ale přesto zrychlím, někdy si to uvědomím, skončím s mluvou, nadechnu se a opět začínám hovořit.*“ Načež lékař Petr Dušek říká: „*Jsem osobně zvědav, zda se nám tento problém podaří díky hudebním aktivitám překonat.*“

Autorka práce vyhodnotila u dané klientky pozitivní vliv hudebních aktivit na problém zrychlování řeči. Paní Diana, jejíž řeč byla zpočátku zpěvná, někdy až nesrozumitelná díky své rychlosti projevu a následném zrychlování, se postupně vlivem hudebních aktivit a nácvikem správného dýchání upravovala.

Paní Ema

Další ženou sledované skupiny je paní Ema. Paní Ema pochází z hudební rodiny, a tak měla k práci s hudbou téměř nejbližší. Ve skupině se projevovala přátelsky a empaticky. Do muzikoterapeutických aktivit se zapojovala se zájmem a vždy byla přítomna dění ve skupině. Mezi vedoucí symptomy klientky patří svalová ztuhlost, zpomalenost, chudost a omezení rozsahu pohybů.

Přesto patřila mezi členy skupiny původně submisivní. Postupně se začala více svěřovat se svými starostmi, uměla se o skupinu opřít. Ale vždy a velkou měrou ostatní podporovala. I u této klientky je možné nalézt zlom, kdy jakoby náhle začala vnímat psychosociální podpůrný význam skupiny. Motorické symptomy jako je ztuhlost a omezení rozsahu pohybu během hudebních aktivit mírně ustoupily. Zlepšení motorických symptomů bylo především vidět při kontrole pohybů rukou, která byla prováděna při každém setkání skupiny. Snímány byly především tyto pohyby: „rozvírání ruky“, „klapání prsty“, „pronace – supinace rukou,“ „střídavé pohyby rukou,“ *kdy jedna ruka prováděla „zobáček“ a druhá kroužila zápěstím, „opis ležaté osmičky.“* Tento test vyšetřuje přítomnost bradykineze/hypokineze. Vyšetření se provádí pro každou ruku zvlášť. Samostatnost klientky mírně, ale setrvale rostla, zatímco její psychosociální potřeba klesala.

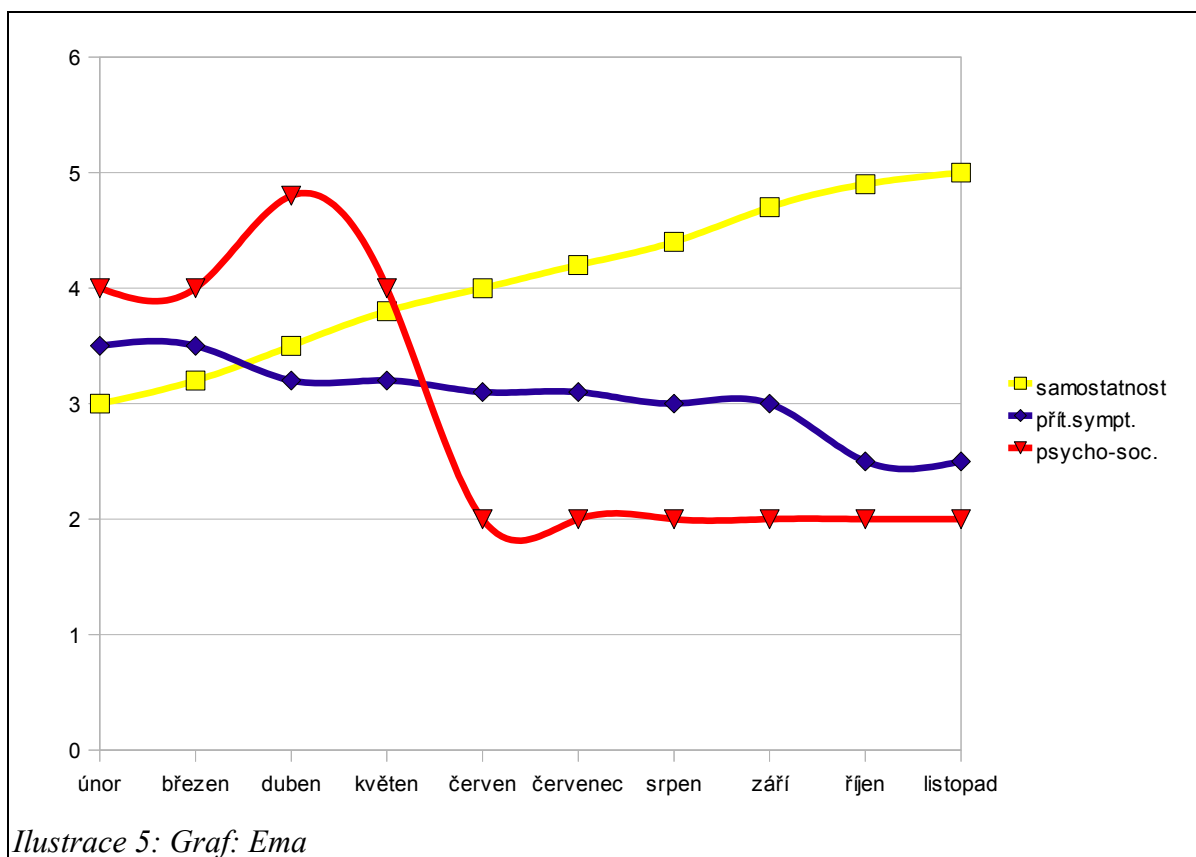
Zde autorka práce uvádí tabulky a graf znázorňující paní Emu

Tabulka č. 9: Hodnocení sledovaných linií v průběhu 10 měsíců, klientka Ema

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
motorika	3,5	3,5	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	2,5	2,5
psycho-soc.	4,0	4,0	4,8	4,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
samostatnost	3,0	3,2	3,5	3,8	4,0	4,2	4,4	4,7	4,9	5

Tabulka č. 10: Hodnotící škály

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší	<			nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší	>			nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



Exemplifikace: Všudypřítomnost hudby je u paní Emy znatelná při každém setkání. Ona sama na jedné ze schůzek, uvádí: „*Mám na sobě vyzkoušené, že když hraje hudba a já utírám nádobí, nevypadne mi z ruky ani hrneček. Musíme si na hudbu zvyknout, musí to být hudba příjemná a musí to být naše tempo. Každý z nás, co tu jsme, má své individuální tempo.*“ Paní Anna k tomu dodává: „*Dělám to, co mi hudba říká, zavřu oči, soustředím se, nejvíce se soustředím na pohyb, pohybem se tvoří dopamin a já se zbavuji bolesti.*“

Stmelením a kohezí pro skupinu byl i zážitek z výletu.

„*Přes své onemocnění členové skupiny společně zvládli výroční výstup na horu Říp, který se koná vždy u příležitosti Světového dne Parkinsonovy nemoci. Výstup „parkinsoniků“ se stává již tradicí, v minulém roce byl konán již po čtvrté. V neděli 11. dubna 2011 dopoledne se sjeli do obce Rovné „parkinsonici“ z celé republiky. Většinou přijeli vlastním vozidlem nebo speciálně vypravenými autobusy z Prahy. V Hostinci Pod Řípem už na „poutníky“ čekal vyzdobený sál a malé občerstvení. Po přivítání předsedou společnosti se všichni vydali na Říp. Ti, kteří už by takovýto výstup nezvládli, byli postupně vyvezeni terénními vozy až nahoru a zpět. Krátce po 12. hodině před Rotundou sv. Jiří promluvil stejně jako i v minulých letech, kněz. Jeho slova byla povzbuzením pro všechny, kteří se akce zúčastnili. Účastníků bylo opravdu hodně, říká paní Jaroslava, která byla přítomna na našich setkáváních v roli pozorovatele.*“

Akce se zúčastnili někteří lékaři (např. pan profesor, MUDr. Evžen Růžička, DrSc., FCMA) a zástupci sponzorů. Celá akce se vydařila, většina zúčastněných mohla alespoň na chvíli zapomenout na svého věrného průvodce „*pana Parkinsona.*“

8.2 Případová ilustrace v individuálním vedení klienta

Tato kapitola je věnována popisu prožívání, chování a reagování sledovaného klienta v kontextu hudebních aktivit a postupů, tak aby byl klient popsán z pohledu více úrovní. Současně je reflektováno dění ve skupině a její dynamika, protože skupina klientů představuje prostředí, který sledovaný klient spoluutváří a současně na něj reaguje. Kromě toho je využita možnost pozorování a hodnocení všech členů studentského týmu.

Práce při setkávání skupiny se stala poměrně intenzivní s jasným zájmem klientů o hudební aktivitu. V průběhu práce bylo nutné se věnovat i prožitkové, emoční a psychosociální problematice klienta ve skupině. Klienti v sebevyjádření ztvárňovali situace,

kteřé vnímají jako emočně ohrožující a situace, kteřé jim naopak přinášely pocity radosti a uspokojení.

V průběhu práce se vynořila potřeba si klást otázky.

Stanovení průzkumných otázek:

Je klient s Parkinsonovou nemocí ochotem pracovat na hudebních zadáních za účelem zlepšení motoriky?

Je klient s Parkinsonovou nemocí schopen pravidelné práce na hudebních zadáních, kteřé směřují k podpoře motorických funkcí samostatně?

Tíží klienta s Parkinsonovou nemocí jeho prožívání a psychosociální vztahovost natolik, že signalizuje potřebu s touto problematikou separátně pracovat?

Je problematika klienta s Parkinsonovou nemocí komplexní natolik, že jsou ochotni vlastní a samostatně práce na hudebních aktivitách podporujících a zkvalitňujících motorické funkce, včetně výslovnosti, až v kontextu práce s jejich osobnostní psychosociální problematikou?

Klient Miloš

Sledovaný klient v letošním roce dosáhne šedesáti sedmi let. Narodil se ve velkém průmyslovém městě, kde prožil mládí a studia. Studia ukončil na střední škole maturitní zkouškou v šedesátých letech.

Klient pracoval v sektoru dopravy, kde zastával funkci vedoucího pracovníka, po doplnění vzdělání zastával velmi zodpovědné zaměstnání, denně ručil za životy lidí. Zaměstnání představovalo pro klienta noční služby, práci o víkendech, jak fyzickou, tak i úřednickou práci.

V sedmdesátých letech se klient oženil se svou první manželkou. V osmdesátých letech se v manželství narodil první syn a rok nato druhý syn. Krátce po dosažení čtyřicátého roku věku klienta nastaly v manželství problémy. V devadesátých letech bylo manželství ukončeno rozvodovým řízením. Krátce po rozvodu (asi po 4 měsících) se opět oženil. Klient se cítil v dobré kondici, intenzivně sportoval, ale rodinná zátěž nemocí bohužel ovlivnila jeho život.

Ve věku šedesáti let prodělal srdeční kolaps, to mohlo přispět k vyvolání cévní mozkové příhody, následující operaci srdce a počátků příznaků Parkinsonovy nemoci, která klienta doprovází dodnes.

Prodromální stádium Parkinsonovy nemoci probíhalo subjektivně velmi nepříjemně, byla omezena funkční soběstačnost, sledovaný klient byl odkázán na pomoc druhých především manželky a obou synů, ale dnes subjektivně uvádí, že se skutečností, že má „*Parkinsona*“ je plně vyrovnán a myslí, že se s „*ním*“ naučil žít. Nemoc se u klienta objevila velice nečekaně v době, kdy byl hospitalizován ve fakultní nemocnici. První den hospitalizace absolvoval vyšetření magnetické rezonance a druhý den se u něj objevil třes pravé ruky. Vlékařské zprávě, která byla vystavena při ukončení hospitalizace, byla Parkinsonova nemoc prokázána, mimo jiné byl vysloven zákaz řízení motorových vozidel, viz. *Příloha A*. Doporučeny byly pravidelné kontroly u lékaře-neurologa. Klient sám tato doporučení respektoval, ale cítil se velice špatně, objevily se deprese, úzkost a pocit bezmoci. Prožíval existenciální krizi, měl tendenci k suicidii. Parkinsonova nemoc sama i tyto stavy depresí a bezmoci s sebou přinášely zhoršení fyzického stavu, postupem času následovalo ztuhnutí svalů, především končetin a mluvidel, což způsobilo i zhoršení mluvního projevu klienta. Po zahájení medikamentózní léčby se stav zlepšil a v současné době je na přijatelné úrovni. Intrapsychické pocity bezmoci ve zvladatelné míře bez tendencí k suicidii se u sledovaného klienta objevují dodnes, ale již v omezené míře, vždy v návaznosti na stresovou situaci, či onemocnění. Klient se relativně velmi dobře adaptoval na nemoc. Při onemocnění Parkinsonovou nemocí je zapotřebí užívat léky v přesných a pravidelných intervalech (po 3h). Sledovanému klientovi velice pomohlo, že se dozvěděl již o existující společnosti Parkinson. V současné době je pravidelným členem této společnosti, účastní se všech akcí pořádaných společností. Mimo jiné navštěvuje plavecký bazén a logopedická cvičení, která probíhají pod záštitou společnosti Parkinson.

Mezi aktuální hlavní příznaky sledovaného klienta patří především tremor-třes, mimovolní pohyby, které jsou příčinou dlouhodobého užívání léků. Medikaci užívá osm let. Jsou to záškuby, křeče, nedobrovolné někdy intenzivní pohyby svalů, nad kterými nemá klient absolutně žádnou volní kontrolu. Nedobrovolné, mimovolní výrazné pohyby se projevují na horních i dolních končetinách, dochází tak k dyskinézi pohybů celého těla. Tyto symptomy a jejich četnost, jsou uvedeny v *Příloze B*. Co se týká řeči a mimiky je komunikace obtížnější, svalové pohyby jsou pomalé, nebo neúplné, hlasový projev je někdy tichý, někdy uspěchaný

nebo váhavý. Sledovaný klient se snaží tyto nedostatky minimalizovat logopedickým cvičením, které probíhá jednou týdně vždy ve čtvrtek.

Tak, jako dříve v období před nemocí, je klient stále sportovně aktivní, jezdí na koloběžce, s manželkou se zúčastňují turistických pochodů, které pořádá společnost Parkinson, ale vyhledávají i společnost svých přátel a s nimi absolvují časté výlety do okolí, rehabilitační pobyty, zájezdy. Z klientova e.mailu z rehabilitačního pobytu: *„Jsem rád, že už jsem doma a že nám vyšlo počasí. Sestava lidí byla také dobrá a u našeho stolu seděli členové Parkinson klubu. Maškarní rej dopadl dobře, trochu jsem si zatancoval a dokonce i s paní E., která také chodí na muzikoterapii. Jistě ji znáš. Byla na maškarním s manželem a také ním tancovala. Protože neměli správnou obuv, tancovali v ponožkách. Tanec v jejich podání, to byla pohádka. Součástí maškarního reje bylo vyhlášení vítězů jednotlivých soutěží (člověče nezlob se, petang, šipky, stolní tenis a orientace v terénu). Já jsem zabodoval v orientaci v terénu a sice jsem se umístil na 3.místě. Dostal jsem diplom a druhý diplom za zvládnutí výletu na hrad Pecka na koloběžce.“*

„Parkinsonova nemoc má vliv na všechny lidi kolem vás,“ říká klient. „Její dopad na vnímání dětí svých rodičů či prarodičů je ztížené, osoba s Parkinsonovou nemocí má ztíženou kooperaci při aktivitách s dítětem, „jinakost“ rodiče s Parkinsonovou nemocí je dítěti „podezřelá“ a objevuje se i negativní emocionální reagování u dítěte na „jinakost“ dospělého a emocionální zranění u dospělých. Mnoho lidí s Parkinsonovou nemocí se proto raději straní společnosti. Synové z prvního manželství již byli v dospělém věku, když nemoc vypukla. Oba jsou chápaví mladí lidé, prvorozený syn má již vlastní rodinu a mladší ze synů si buduje dům, soukromě podniká v oblasti služeb, nevnášejí do života stres a starost, ale naopak jej podporují.“

Být životním partnerem někoho, kdo trpí Parkinsonovou nemocí může být fyzicky i emocionálně náročné, již od okamžiku, kdy byla nemoc diagnostikována. Později, když se u nemocného partnera stane zdravý partner pečovatelem, mohou převládat velmi smíšené pocity. Vznikají pocity nelibosti u klienta s Parkinsonovou nemocí, vznikají potíže jak v každodenním životě a v praktickém „denním provozu“, tak i v oblastech vztahově intimnějších i v oblasti sexuální. Mnohá manželství se rozpadají právě z důvodu narušení sexuálního soužití.

Pro partnery znamená péče o postiženého velkou zátěž. Péči je potřeba nabídnout jako samozřejmost, ne jako závazek k vděčnosti. Postižený člověk by měl zůstat plnohodnotným členem rodiny.

V manželském životě pan Miloš v různých drobných situacích je nucen se vyrovnávat s pozicí „*dominance a submise*“. Chce být vedle manželky „*něco platný*“, tak aby jeho - přirozeně dominantní role nebyla násilím vytlačena do submisivní pozice. U sledovaného klienta je vidět, že se snaží dosáhnout pozice, která by pro něj nebyla rolí nepřijatelně submisivní, klient se snaží zachovat symetrický vztah tím, aby manželce mohl imponovat jako i dominující muž v situacích, které si toho vyžadují.

Přesto osobnost sledovaného klienta je spíše introvertní, stabilní povahy, ale jeví stálý čilý zájem o sociální dění kolem sebe. Je rozvážný, vyrovnaný, klidný, spolehlivý a současně aktivní, ve svých činnostech důsledný s tím, že své aktivity velmi často zaciluje do sociálního prostředí svých blízkých osob i směrem do skupiny osob s Parkinsonovou nemocí, kde svými dárky, kterými členy skupiny obdarovává psychosociálně. Nastane-li situace, se kterou přímo nesouhlasí, ovládá se, neprojeví svůj nesouhlas ve skupině, ale své pocity vyjádří v individuální práci svému doprovázejícímu edukátorovi - autorce práce. Co se týká fyzického zdraví a aktivity, cítí se odpočinutě, ve výborné fyzické kondici. Jeho emoční reakce jsou většinou vyrovnané, stabilní, reaguje uvolněně, kooperujícím způsobem. Má dobrý pocit ze života. Problém mu dělá pocit závislosti na pomoci druhých (manželky), ale pouze v otázce cestování (výlety, je závislý na manželce, která řídí motorové vozidlo), jinak je schopný se sám o sebe postarat. Velký dostatek času věnuje svému koníčku fotografování, se zálibou fotografuje květiny, památky, které navštěvuje se svou manželkou, ale také pořádá výstavy svého příbuzného – umělce, který byl akademický malíř. V letošním roce se konala výstava fotografií sledovaného klienta „*Fotografie v zámeckých prostorách*.“ Fotografování má pro sledovaného klienta důležitý význam, jednak má z fotografování radost, ale důležité je, že při fotografování se dokáže soustředit a naplno se mu věnovat tak, že mizí výše zmiňovaný třes pravé horní končetiny.

K ostatním členům skupiny se chová vstřícně, má radost ze společného rozhovoru, plánuje společné akce s ostatními členy Parkinson klubu pro následná setkání, mezi která patří např. muzikoterapie, rehabilitační pobyt ve Štikově, výstup na horu Říp. Zajímá se i o problémy druhých lidí, dokáže jim naslouchat.

Schopnost pohybu u sledovaného klienta je zpomalená a oslabená, rušená mimovolnými pohyby. Klient má potíže s rozcházením se, kdy „*přešlapuje na místě*“ a nemůže vykonat pohyb chůze vpřed tzv. freezing. Poruchy stoje a chůze jsou charakteristické příznaky Parkinsonovy nemoci. Typické je držení těla u sledovaného klienta v mírném předklonu. U pacientů s Parkinsonovou nemocí každý pohyb vyžaduje vědomé úsilí a soustředění, chodí krátkými šouravými kroky bez fyziologických souhybů horních končetin. Nejisté otáčení při chůzi, při němž hrozí ztráta rovnováhy, je opět do značné míry závislé na stupni bradykineze. U sledovaného klienta můžeme zaznamenat ještě příznaky se zhoršenou stabilitou stoje, jež může vést k pádům. Sledovaný klient popisuje sám sebe „*Jakoby jsem byl v neustálém předklonu, majícího tlak dopředu.*“ Tento symptom se v odborné literatuře nazývá pulze.

Narušená funkce je i u mimického svalstva sledovaného klienta, takže výraz obličeje má tzv. „*voskový charakter*“, jakoby stále stejný výraz obličeje, působící dojmem nedostatečného reagování na okolní svět (nedostatečné vyjadřování pocitů ve výrazu tváře). Tuto psychosociální dysfunkci klient vyvažuje výše popsanými aktivitami, ale dysfunkce mimiky se objevuje například v situaci, kdy při popisu prožití rozporuplné situace s manželkou, se sledovaný klient emočně navenek vyjadřuje úsměvem.

U sledovaného klienta se vyskytuje porucha řeči, která je typická pro toto onemocnění. Jedná se o dysartrii, která je charakteristická ztišením hlasu a nedostatečnou melodičností, viz. teoretická část práce kapitola „*Příznaky Parkinsonovy nemoci.*“

V hudební aktivitě vykazuje pevnou vůli. Hudební aktivity se neostýchá předvádět na skupině, a v domácím prostředí tyto aktivity provádí pravidelně a spolehlivě. Dává svému životu směr a vize budoucnosti je udávána pozitivním směrem.

8.3 Proces dosažení a podoby individuálně hudebního programu

Veškeré informace, které vedly k vytvoření individuálně hudebních aktivit, byly získávány během společných rozhovorů se sledovaným klientem autorkou práce, při pravidelných muzikoterapeutických schůzkách či telefonických hovorech a prostřednictvím elektronické pošty. Sledovaný klient se postupně emočně otevíral a společné rozhovory byly založeny na vzájemné důvěře mezi klientem a autorkou práce. Sledovaný klient upřednostňoval melodickou, taneční hudbu, kterou si mohl a byl schopen pobrukovat. Při

poslechu melodické hudby se cítil uvolněně a radostně. Společně v rozhovorech promítáme své dosavadní zkušenosti z minulosti do současnosti, s různou mírou uvědomění. Ve vzájemné interakci, muzikoterapie nabízí možnost nahlédnout na bolestné situace v minulosti a poskytuje emocionální korektivní zkušenost. Edukátor v tomto směru přinesl do společné práce obraz člověka, který je méně zatížen traumaty z minulosti. Otevřela se cesta k adekvátní a pozitivní adaptaci klienta. Sledovaný klient vstoupil do vzájemné práce na volbě hudebních aktivit - s konkrétními očekáváními. U pana Miloše se tyto očekávání často spojují s jeho problémem. On sám neměl na samém začátku individuálně hudebních aktivit jasnou představu a motivaci, nebyl naplno angažovaný, aby „*na sobě sám pracoval*.“ Přesto poměrně brzy začal být samostatný v práci na domácích hudebních aktivitách.

On sám uvádí k práci na hudebním programu: „*Na realizaci hudebního programu člověk poznal jinou práci, jistě zajímavou. Bylo zapotřebí se více emočně otevřít, svěřit se. Nikdy jsem si neuvědomoval, kolik hudby mám vlastně rád, nikdy jsem neuvažoval a ani mne nenapadlo, že ji mohu použít ke zlepšení mých symptomů u Parkinsonovy nemoci. Nebylo pro mne těžké dát dohromady hudbu, kterou mám rád, ale složitější bylo sestavit hudební program, tak aby vyhovoval nejen mně, ale aby se dal včlenit do mého režimu dne.*“ Toto vše sledovaný klient komentuje a do svého hudebního programu se snaží aktivně vnést.

V domácím prostředí se projevovala jeho samostatnost a aktivita, on sám se aktivně věnoval sestavení pohybových aktivit, které jsou pro něj vhodné. Pro klienta bylo důležité se svým edukátorem hudebních aktivit toto vše prokonzultovat.

Změny, které nastaly, se týkaly především motorických symptomů. On sám říká: „*Již jsem si zvykl na třes rukou. Dělal mi velké potíže, např. v obchodě při placení jsem pro třes nemohl vyndat peníze z peněženky. V současné době se tyto projevy zmírnily. Dříve jsem byl v takovém to případě závislý na pomoci druhých lidí, dnes zvládnou vyndat peníze sám s mírným třesem.*“

U sledovaného klienta se začaly projevovat změny nejen v motorice, ale on sám byl emočně otevřenější a častěji přinesl do hudební aktivity nový nápad, který se týkal nejen hudby, ale začal i vymýšlet sám pohyb na hudbu.

8.4 Význam vytvoření individuálně hudebního programu

Cílem vytvoření individuálně hudební aktivity bylo zjistit, která hudba sledovanému klientovi pomáhá a mírní jeho příznaky. Vytvořit sadu hudebních aktivit, která je specifická pro každého klienta. S každým klientem je nutné najít efektivní vztah mezi jeho potížemi a užití hudby. Paní doktorka Čapková (autorka „*Hudebního jídelníčku*“) již delší dobu úspěšně pracuje s „*Hudebním jídelníčkem*“ u klientů s Parkinsonovou nemocí i s jejich rodinnými příslušníky. Je to titěrná každotýdenní a několikaletá práce v klubu. Individuálně hudební program je funkční, protože hudba je vnějším stimulem toho, co z vnějšku dodává impuls k pohybu. Kvalita vykonávaného pohybu u osob s Parkinsonovou nemocí souvisí i s hladinou produkovaného dopaminu, látkou odpovědnou za naše emoční ladění. Poslech hudby vyvolává v člověku určité psychosomatické procesy. Tvorba hlasu, řeči i vlastní hudební aktivity jsou proto významnými činiteli, kteří působí – a to v případě aktivního provádění na dobu, kdy jsou hudební aktivity prováděny s dalším časovým přesahem několika hodin. Při poslechu hudby postupuje zvuková informace do mozkové kůry - tedy přes obě mozkové dráhy, přičemž v retikulární formaci jsou vyvolány budivé reakce, které se v somatické sféře projevují změnou svalového napětí a zvýšenou svalovou činností (viz. teoretická část bakalářské práce).

8.5 Hudební program sledovaného klienta

Autorka práce popisuje, jak klienta pozorovala při jeho skupinových aktivitách a jak mohla pozorovat úroveň jeho motorických projevů při realizaci takových aktivit, které byly součástí individuálně hudebních aktivit a které klient na skupině realizoval. Pokud je pečlivě realizoval i v domácím prostředí, bylo možné tuto skutečnost zjistit dle kvality předváděných hudebních aktivit na skupině i z týdenních zápisů a individuální práci klienta v domácím prostředí.

„Individuální hudební aktivity působí jako stimul jen tehdy a vykazují působení k zmírnění motorických symptomů, pokud jsou prováděny aktivně. I poslech hudby musí být doprovázen tzv. vnitřním zpěvem, aby hudební aktivita působila ke zmírnění symptomů“ (Pejřimovská, Zeleiová 2011, s. 47).

Individuální hudební aktivity se postupně utvářely a vyjasňovaly na základě spolupráce klienta se studentem - edukátorem i se supervizory práce. Nakonec každý člen skupiny tak realizoval svůj vlastní program v rámci individuální hudební aktivity, který více či méně zmírňoval symptomy.

Hudební program sledovaného klienta je koncipován tak, aby vyhovoval jeho režimu dne. Autorku práce zpočátku znepokojovalo, zda bude sledovaný klient mít dostatek času k plnění hudebního programu, jelikož sledovaný klient vede poměrně aktivní život. Vyskytly se obavy, jak často bude schopen hudební program vykonávat a jak ho dokáže zařadit mezi jeho běžné činnosti v průběhu dne. Na tvorbě hudebního programu byla nutná spolupráce autorky práce se sledovaným klientem. Klient při tvorbě hudebního programu postupoval v první fázi samostatně. Bylo ale nutné pomoci mu při sestavení daných pohybových aktivit, které byly jeho součástí. Během společných rozhovorů, které probíhaly na jednotlivých setkáních, se ukázalo, že sledovaný klient hudbu raději poslouchá pasivně, ale nezapojuje se při poslechu hudby vlastním zpěvem ani aktivním pohybem, který by mohl být vhodnou hudební doprovodnou aktivitou. Ve společných rozhovorech dále klient uvedl, že pokud se při produkci hudby zapojí rytmickým pohybem, pociťuje uvolnění napětí, které výrazně napomáhá k odstranění počátečních, ranních či někdy celodenních pocitů ztuhlosti těla. Tím, že se tato změna při pravidelném cvičení začala projevovat, začalo se zlepšovat i emoční ladění sledovaného klienta, on sám začal pociťovat zlepšení pohybu, koordinaci celého těla a psychického zklidnění, které vedlo k celkovému uvolnění organismu a větší samostatnosti při plnění hudebního programu. Autorka práce byla v této fázi rozhovorů v pozici doprovodného pracovníka. Tato pozice byla zacílena především na poskytování psychosociální podpory sledovaným klientům. Podpora byla zaměřena především na poskytování opory a povzbuzování klientů napříč jejich onemocněním.

Sledovanému klientovi byl na základě rozhovorů a pozorování jeho motorických symptomů vytvořen hudební program, který byl konzultován s dalšími odborníky - lékařem neurologem a muzikoterapeutem – supervizorem, kteří byli přítomni na schůzkách hudebních aktivit. Sledovaný klient vstoupil do muzikoterapie jako osobnost s konkrétními životními zkušenostmi a zážitky ze své původní, případně současné rodiny. Struktura jeho osobnosti vznikala na základě jisté rodinné konstelace a vztahů, v nichž žil stejně jako autorka práce. Vytvořil si intrapsychické obranné mechanismy. Vznikla tak inkongruence, dle pojetí

C. Rogerse, která byla právě pomocí hudby postupně odplavována. C. Rogers označuje jako inkongruenci projevy depresivního charakteru (Drapela 2003, s. 129).

Při tvorbě hudebního programu byly využity především hudební skladby, které sledovaný klient preferoval a u kterých byl předpoklad, že zvládne motorické aktivity s hudbou samostatně reálně vykonat. Pohybová aktivita se skládala z jednoduchých kroků, které byly předem s klientem prodiskutovány a názorně předvedeny. V sestaveném hudebním programu se našel prostor vedle pohybové aktivity i pro tzv. akustické projevy, mezi které můžeme zařadit zpěv, broukání a mluvení či zvuk jakéhokoliv hudebního nástroje. Jedná se o tzv. práci se znalostí alikvótních tónů. Pomocí těchto tónů dochází k harmonizaci i dalších složek organismu sledovaného klienta, neboť k broukání potřebujeme také brániční dýchání, což je samo o sobě velmi prospěšné pro organismus. Technika broukání byla vhodná jako funkční element umožňující vnitřní vibrace v těle. Tuto hudební aktivitu bylo třeba nejen pasivně sledovaným klientem přijímat, ale především být jejím tvůrcem a aktérem.

Dalším důležitým aspektem této práce byla kontrola plnění hudebních aktivit samotným klientem. Za velmi důležité považuje autorka práce sdělování a prožívání emocí a prožitku u sledovaného klienta, odpozorované zlepšení vedoucích motorických symptomů a zohlednění postupné úpravy hudebního programu, za účelem zdokonalení, rozšíření a zvýšení náročnosti práce.

Hudební program sledovaného klienta

V ranních hodinách jsou vhodné písně, s táhlým dlouhým rytmem, autorka práce s klientem zde zvolila poslech melodického CD, které klient s oblibou poslouchá a které si může sledovaný klient tichounce pobroukávat, může zvolit i jinou hudbu, než povolí ranní ztuhlost, jinak zde klient pociťuje rytmickou nejistotu.

V dopoledních hodinách je vhodná hudba se zřetelným rytmem pro pravidelné cvičení. Rap-jádro rapování je rytmické, což může sledovanému klientovi panu M. pomoci, např. rapovat aktivitu, kterou chce udělat, nebo právě vykonává, např. - „*Jdu-na-ka-fe*“ (rapování dle MUDr Čapkové), pro klienta je důležité si před rapováním říct pro povzbuzení táhlé slovo - „*hej já*“ a dupnout si, k vlastnímu započetí pohybu. Je dobré si z rapování udělat píseň a zpívat si vykonávaný pohyb. Sledovaný klient má po ránu problémy se rozejít, tzv. freezing, je nucen nedobrovolně chvíli přešlapovat na místě, než je schopen započít samotný pohyb. Klienti s Parkinsonovou nemocí se cítí jinak v průběhu dne, je to dané systémem

medikamentózní léčby a jejím časovým intervalem. Sledovaný klient užívá léky po třech hodinách, první dávku léků užívá hned po probuzení, což je přibližně šestá hodina ranní a poslední dávku léků užívá těsně před spánkem, což je přibližně desátá hodina večerní.

Dále je v hudebním programu zařazen tanec-při poslechu dechové hudby a valčík. Je důležité každou aktivitu spojenou s hudebním programem propojit s pohybem. Tato část programu je určena pro aktivaci mozku i těla.

V dopolední aktivitě se nachází tzv. „elixír“, což znamená poslech vážné hudby. Zde jsme na doporučení muzikoterapeuta - supervizora zařadili poslech hudby skladatelů A. W. Mozarta a A. Vivaldiho. Výše zmíněná hudba se dá poslouchat v podobě „*relaxace při kávě*“.

Na odpolední aktivitu byly do hudebního programu zařazeny po společné domluvě s klientem pohyby rukou dle vlastního rytmu (16 taktů je ideální rytmus sledovaného klienta), jsou to pohyby rukou, prstů, střídání prstů, v případě objevení se mimovolných pohybů horních končetin u sledovaného klienta je nutné zařadit uvolnění. Zde je důležitá synchronizace pohybu jedné ruky s pohybem prstů na ruce druhé.

Sledovaný klient často cestuje na výlety osobním automobilem s manželkou. Při cestování je v roli spolujezdce, manželka se věnuje řízení, a protože takto cestují často, bylo doporučeno klientovi využití času při jízdě automobilem pro protahovací cviky chodidel, což má navíc uvolňující účinek a tepenný návrat krve z dolních končetin.

V podvečer, kdy už by měl každý být trochu klidnější, přemýšlet o tom, jak strávil den, zda se mu podařilo udělat to, co chtěl, jsme zvolili poslech *Gregoriánského chorálu*. V této hudbě je síla modliteb. Je to završení dne, které je důležité pro rozjímání a shrnutí celého dne, proto je v této části hudebního programu zvoleno uklidnění vlastním hlasem, pro které jsou typické malé vibrace sestupné tendence a stálé tempo.

Vliv hudebního programu na sledovaného klienta

V této kapitole autorka práce popíše působení a vliv hudebního programu na sledovaného klienta. Součástí této kapitoly je také popis a pozorování zlepšení či zhoršení motorických projevů vlivem hudby, svědomitost a přístup klienta k plnění cvičení.

Hudební program sledovaného klienta se v průběhu aplikování po dobu průzkumu deseti měsíců stal jeho denní součástí a samozřejmostí. Klient sám nejprve k programu přistupoval s jistou skepsí, kladl si otázky typu: „*Bude to něco platné?*“. Dokladem o práci na hudebním programu byly výpovědi sledovaného klienta o prožitcích, které vypovídaly o postupné změně jeho emocí a přesněji vykonávaných fyzických pohybech a zároveň docházelo k zlepšení dominantních symptomů Parkinsonovy nemoci. Pro sledovaného klienta mělo velký význam vedení záznamového formuláře, na který si zapisoval plnění hudebního programu (viz. Příloha C). Formulář obsahoval popis hudebního programu, kde klient popisoval čas, pocity a kvalitu splněného cvičení ze subjektivního hlediska. Sám k hudebnímu programu dodává: „*Dodržovat hudební program je myslím dosti těžké, zvláště když tam jsou pasáže týkající se rytmu, pro lidi, kteří s rytmem moc nekomunikují. Je také těžké změnit zažitý rytmus života. Jistě by bylo lepší zařadit do hudebního jídelníčku více melodické hudby. Bylo by také dobré dodržovat hudební jídelníček ve skupinách.*“

Postupem času, kdy již sledovaný klient pracoval na hudebním programu, nastal viditelný zlom sledovaného klienta ve skupině. Pan M. se stával dominantnější osobou skupiny, častěji se zapojoval do dění a aktivit ve skupině. Se změnou nastal pozitivní impuls a společné hudební aktivity vytvářely nejen kohesi skupiny, ale i vzájemnou důvěru ke sdílení jedince ve skupině. Klient se více svěřoval se svými starostmi a radostmi. Podněcoval a předváděl motorická cvičení a nakonec se stal velmi rád tím, kdo mohl něco předvádět skupině pod vedením supervizora – muzikoterapeuta. Ve svém deníku si zaznamenal, že hudební aktivity mu pomáhají a zlepšují jeho motorické i non – motorické symptomy Parkinsonovy nemoci. Z deníku klienta „*Dnes je to již pátý měsíc co jsem započal pracovat na hudebních aktivitách, myslím tím aktivně s pohybem, podle stanoveného hudebního programu. Ráno jsem po probuzení poslouchal CD se svou oblíbenou melodií a zjistil jsem, že mé pobrukování není již tak odlišné od originální melodie. Můj pohyb po probuzení není tak ztuhlý a zpomalený. Ne, že by byl ale úplně v pořádku. Po dvaceti minutách poslechu a pobrukování jsem si vzal léky. Při brání léků již s úplným automatizmem rapuji činnost, kterou vykonávám, to mi trvá asi patnáct minut. Domnívám se, že i když třes pravé ruky je stále znatelný, tak v určitých činnostech je mírnější. Jsem rád, že mohu vnímat změnu v pozitivním směru. V počátku jsem nedoufal v účinky muzikoterapie. Vlastně mě k ní přivedla zvědavost, a proto jsem rád, že zkouším nové možnosti i alternativní léčby, které alespoň trochu dokážou zmírnit nemoc.*“

9 Sumarizace a interpretace výsledků práce

Cílem této bakalářské práce bylo charakterizovat problematiku nemocných s Parkinsonovou nemocí, zjistit a popsat vliv hudby na zlepšení kvality jejich života.

Vzhledem k hlavním symptomům nemocných s Parkinsonovou nemocí byla práce zpočátku orientována na zlepšení motorických funkcí a na samostatnost v provádění hudebních cvičení u osob s Parkinsonovou nemocí, především v domácím prostředí. Poté, byla orientována na intrapsychické prožívání jedince a jeho psychosociální percepci a aktivitu.

Ověření předpokladů:

První předpoklad byl zacílen na zlepšení kvality života osob s Parkinsonovou nemocí. Bylo zde pracovně sledováno v oblasti motorických a non – motorických symptomů, jak je vnímá klient sám. Autorka práce předpokládala, že aplikací muzikoterapie u většiny nemocných trpících Parkinsonovou nemocí ve sledované skupině, dojde ke zlepšení kvality jejich života.

Druhý předpoklad se zaměřuje na ústup motorických a non – motorických symptomů vlivem hudebních aktivit, které bylo možné objektivně pozorovat. U tohoto předpokladu nebyla dodržena podmínka sledování klientů v raném stádiu nemoci. Důvodem byla skutečnost, že vstup osob s Parkinsonovou nemocí do programu byl ryze dobrovolný, bylo pak třeba pracovat s těmi, kteří do programu vstoupili a byli ochotni deset měsíců pravidelně docházet na skupinová setkávání a pravidelně doma pracovat. Druhý předpoklad je z tohoto hlediska částečně neprokázán.

První předpoklad sleduje vliv hudebních aktivit na subjektivní vnímání klientů ve sledované skupině a druhý předpoklad byl modifikován vzhledem k povaze onemocnění klientů ve sledované skupině tak, že se zaměřuje na hodnocení motorických a non – motorických symptomů především pomocí metod pozorování a rozhovoru.

Vyjádření klientů o subjektivním vnímání kvality života i pozorování, rozhovory a zápisy zjišťující přítomnost a míru motorických a non – motorických symptomů jsou analyzovány podrobně v kapitolách „*Případové ilustrace jednotlivců ve skupině*“ a v kapitole „*Případová ilustrace individuálního vedení klienta*“.

Zde shrnujeme:

O kvalitě života, která je ovlivněna hudebními skupinovými i individuálními hudebními aktivitami se všichni členové skupiny vyjadřují pozitivně. Včetně jednoho člena skupiny, který se odděluje od skupiny a pracuje dále ve své hudební umělecké činnosti samostatně. Zde na kvalitu života vyjímáme z výroků klientů, u každého klienta je toto vyjádření označeno pod písmenem *b*.

K druhému předpokladu konstatujeme jednak vývoj ve skupině a jednak shrnujeme zaznamenané vlivy hudebních aktivit na motorické a non – motorické symptomy u jednotlivých klientů ve shrnutí označeném písmenem *a*.

Ve skupině se nejdříve objevuje potřeba psychosociálního sycení, dále se objevuje zájem o hudební aktivity zaměřené k jednotlivcům a posléze se začíná projevovat vyšší míra samostatnosti v domácích hudebních aktivitách jednotlivých klientů.

Významnost prolínání tří úrovní – hudebních aktivit zacílených na motoriku, potřeby psychosociálního dění ve skupině a samostatnost v domácí práci ukazuje tabulka a graf, které průměrné hodnoty sledovaných linií znázorňují to, že význam těchto tří jevů se významně zrcadlí u všech sledovaných klientů.

Tímto zjištěním se potvrzuje i význam psychosociálního doprovázení při hudebních aktivitách zaměřených primárně na motorické příznaky. Bez psychosociálního doprovázení by nebyl dostatečně jasně zachycen moment, kdy klienti rozpoznávají, že hudební aktivity jim přinášejí efekt. Znamená to, že klienti bez psychosociálního doprovázení by s velkou pravděpodobností nerozpoznali a nevyužili hudebních aktivit jako stimulu, který dopomáhá zmírnit příznaky.

Současně byl zhodnocen vliv hudebních aktivit na motorické a non – motorické symptomy u jednotlivých sledovaných klientů, předkládáme ve shrnutí pozorovaný efekt hudebních skupinových i individuálních aktivit u jednotlivých klientů:

klient Miloš

a. docílil zlepšení především v motorických projevech a zároveň došlo k emoční stabilizaci

b. citace s klientova vyjádření: „*Cítím se v poslední době velmi dobře, stále pracuji na hudebních aktivitách, ne, že by pro mne byly tyto pravidelné aktivity povinností, ale cítím se*

lépe po fyzické stránce, jsem pohyblivější a zároveň i má psychika dosahuje pozitivních výsledků. Nemám již pesimistický pohled do budoucna, myslím, že i má rodina vidí velkou změnu, kterou jsem pravidelnými hudebními aktivitami dosáhl. Není to samozřejmě jen hudbou, je to také podporou skupiny a studentů.“

klientka Diana

a. docílila zlepšení především v oblasti řeči a byly odplaveny její minoritní pocity a depresivní ladění

b. citace z klientčina vyjádření: *„Snažím se při hovoru na svou řeč myslet, někdy je to, ale obtížné. Když mluvíte a máte přemýšlet nad tím, zda nemluvíte příliš rychle, nad tím jak ti druzí vaši řeč vnímají, nevíte najednou na co se soustředit, zda na obsah mluvené řeči nebo na její rychlost. V tu chvíli „vypnu“ a začnu hovořit od začátku. Myslím a pociťuji, že nastalo vlivem hudby a programu jisté zlepšení.“*

K zlepšení motorických symptomů klientka uvádí: *„Stává se mi, že když mám dobrou náladu a nějaká melodie mi utkví v hlavě, pobrukuji si jí v duchu třeba celý den. Když mě bolí kotníky dělám kroky. Začnu kolečkem různých variant kroků, k tomu si pobrukuji v duchu písničku, která mi ten den utkvěla v hlavě, a to mě baví.“*

Supervizor Jitka Pejřimovská k tomu dodává: *„Paní Diana dělá kroky dobře, protože v nich drží to správné tempo.“*

klientka Jana

a. byla pozitivně ovlivněna její svalová ztuhlost, její mimika obličeje tzn. „vosková tvář“. Předností klientky je její cílevědomý a systematický přístup. Současně se klientka emočně otevírá a opírá o skupinu, poskytuje skupině zpětně podporu a odplavuje se tak její depresivní ladění a sklon k uzavřenosti do sebe

b. citace z klientčina vyjádření: *„ Dnes jsem na tom podstatně lépe díky „Vytváření vlastního hudebního umění,“ jak uvedla klientka na jednom ze skupinových setkání.*

klientka Anna:

a. zde byly odstraněny pomocí hudebních aktivit počátky pohybových závratí. Docházelo zde pomocí hudebních aktivit k ventilaci emočního tlaku životních zátěžových situací. Současně se tato klientka, jako dominantní a iniciující člen skupiny, obohacuje vnímáním životní reality skupiny.

b. citace z klientčina vyjádření: „*Sama na sobě poznám, co je nutné uvolnit více a co méně. Při tanci mě často zrazuje koleno, ale na hudbu je pohyb více ladný s pohyby propojený. Často si připadám pomalá, ale je to svalovou ztuhlostí. Hudba mi pomáhá žít a pomáhá mi zmírnit nejen mé pohybové problémy, ale i problémy psychické.*“

klientka Ema:

a. pomocí hudebních aktivit zde bylo dosaženo zkvalitnění motorických symptomů, ale především byly upraveny non – motorické symptomy, a to velmi významně.

b. citace z klientčina vyjádření: „*Neumím si již bez hudby představit svůj život. V naší rodině jsou všichni hudebně založeni. Při jakékoliv činnosti ji poslouchám nebo při ní tančím. Není u nás nic neobvyklého, že doma tančím s utěrkou a nádobím v ruce. Hudba mi pomáhá. Pomáhá mi zmírnit motorické symptomy, ale pomáhá mi i když mám chvilku splín.*“

Na základě těchto zjištění konstatujeme, že první předpoklad, který hovoří o zlepšení kvality života je potvrzen. Konstatujeme dále, že i modifikace druhého předpokladu, která sleduje objektivní vliv na motorické a non – motorické příznaky, je potvrzena.

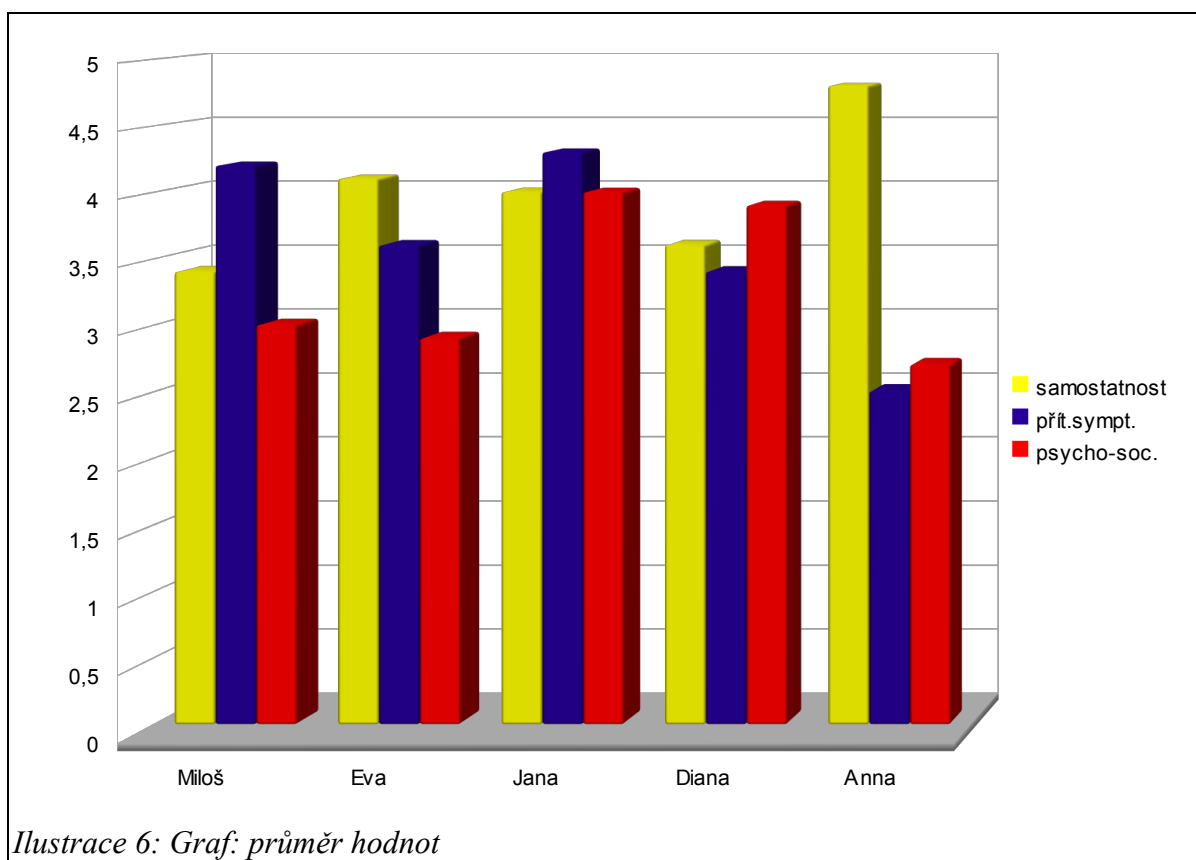
Graf – průměr hodnot

Tabulka č. 11: Průměrné hodnoty sledovaných klientů

	motorika	psycho-soc.	samostatnost
Miloš	4,2	3,0	3,4
Eva	3,6	3,0	4,1
Jana	4,3	4,0	4,0
Diana	3,4	3,9	3,6
Anna	2,7	2,5	4,8

Tabulka č. 12: Hodnoticí škály

hodnoticí škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší	<			nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší	>			nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



Graf znázorňuje pohled na sledovanou skupinu klientů z pohledu autorky bakalářské práce v časovém úseku deseti měsíců.

Je patrné, že kvalitu života u těchto sledovaných klientů je možno v praxi sledovat v těchto třech liniích.

ZÁVĚR A NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Závěrem autorka práce uvádí, že u většiny klientů skupiny se podařilo začlenit hudbu do domácích i skupinových aktivit. Došlo u nich ke zmírnění symptomů nemoci a zlepšení kvality života. Tím došlo k potvrzení základních předpokladů a splnění cíle bakalářské práce, prokázat vliv hudby na zlepšení kvality života osob s Parkinsonovou nemocí.

Až po několika měsících systematické práce s klienty ve skupině a aplikací hudebních aktivit v domácím prostředí se začaly projevovat první pozitivní efekty což vedlo k větší samostatnosti klientů a celkovému zlepšení motoriky. Soudržností skupiny se zvyšovalo sebevědomí klientů, jejich pozitivní ladění, empatie vůči ostatním a otevřenost ve skupině. Naopak se snižovala úzkost, depresivní ladění a strach z budoucnosti. Stanovené předpoklady a cíl bakalářské práce prokázání vlivu pomoci hudby na kvalitu života a zmírnění symptomů osob s Parkinsonovou nemocí byly prokázány. Na základě výše shrnutých zjištění lze navrhnout následující opatření.

Autorka práce se domnívá, že je vhodné a je zapotřebí zacílit navrhovaná opatření jak na skupinu klientů s Parkinsonovou nemocí, tak na tým edukátorů.

V dané skupině sledovaných klientů bylo zjištěno, že soudržností skupiny se zvyšuje sebevědomí klienta, dále jeho pozitivní emoční ladění, jeho empatie pro ostatní, vlastní otevřenost a na straně druhé se snižuje úzkost, depresivní ladění a strach z budoucnosti.

Zde je nutné zdůraznit soudržnost skupiny, která byla vytvořena ze strany osob s Parkinsonovou nemocí a s pomocí týmové práce edukátorů – studentů po dobu trvání empirického šetření. Autorka práce se zde shoduje se supervizorem – muzikoterapeutem, který zdůrazňuje, že je vhodné a zapotřebí pokračovat v již započatém a stále probíhajícím hudebním programu s klienty. Stanovené předpoklady a cíl bakalářské práce se pomocí hudební reedukace podařilo potvrdit, což je z hlediska zlepšení kvality života osob s Parkinsonovou nemocí podstatné. Autorka práce zde předkládá jako návrh opatření pro klienty pokračovat v plnění individuálních hudebních aktivit, a to jak formou skupinovou při muzikoterapeutických setkávání, tak formou samostatné domácí práce spojené se záznamy do deníků a formulářů vypracovaných edukátory.

Doporučením autorky bakalářské práce by bylo vytvořit organizaci, která by odborně zastřešovala muzikoterapeuty, v rámci ČR vytvořit jejich síť. Organizace terapeutů by

spolupracovala s odborníky a organizacemi „*parkinsoniků*“, kde by terapeuté podporovali samostatnou a skupinovou hudební aktivitu.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

CAMPBELL, Don, 2008. *Mozartův efekt*. Praha: Eminent. ISBN 978-80-7281-336-0.

ČIHÁK, Radomír, 2004. *Anatomie 3*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1132-X.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Kineziologie základy strukturální kineziologie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-324-0.

DRAPELA, Viktor J., 1997. *Přehled teorií osobností*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-766-3.

FRANĚK, Marek, 2005. *Hudební psychologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 80-246-0965-7.

GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozšířené české vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.

JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, Iva, BORZOVÁ, Claudia a kol, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978- 80- 247-2454-6.

KANTOR, Jiří, LIPSKÝ, Matěj, WEBER, Jana aj., 2009. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2846-9.

KOSOVÁ, J. 1998. Deprese u Parkinsonovy choroby z pohledu psychiatra. *Parkinson*, roč. 2, č. 3, s. 7-8. ISSN 1212-0189.

LINKA, Arne, 1997. *Kapitoly z muzikoterapie*. 1. vyd. Rosice u Brna: Gloria. ISBN 80-901834-4-1.

LOVE, J., Russel, WEBB, G., Wanda, 2009. *Mozek a řeč*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-464-9.

MAREK, Vlastimil, 2003. *Hudba jinak*. Praha: Eminent. ISBN 80-7281-125-8.

MATOUŠEK, Oldřich, KROFTOVÁ, Andrea, 2003. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-771-X.

MICHALOVÁ, Zdeňka, 2006. *Speciální pedagogika 1. díl*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7372-109-0.

MÁTEJOVÁ, Zlatica, MAŠURA, Silvester, 1992. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. ISBN 80-08-00315-4.

NOVOSAD, Libor, 2002. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky – somatopedie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-563-X.

PEJŘIMOVSKÁ, Jitka, ZELEINOVÁ, Jaroslava, 2011. *Dimenzie muzikoterapie*. 1. vyd. Trnava: Pedagogická fakulta Trnavské univerzity v Trnavě. ISBN 978-80-8082-331-3.

PEŠATOVÁ, Ilona, TOMICKÁ, Václava, 2007. *Úvod do integrativní speciální pedagogiky*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-268-5.

PONĚŠICKÝ, Jan, 1999. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7264-050-5.

PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří, 2003. *Pedagogický slovník*. 4., aktual. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-772-8.

REKTOR, Ivan., Příznaky Parkinsonovy choroby. *Parkinson* 1997, roč. 1, č. 1, s. 8. ISSN 1212-0189.

RESSNER, Pavel, ŠIGUTOVÁ, Dana, 2001. Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi* [online], roč. 2001, č. 1, s. 31-35. [vid. 25. 2. 2012]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/Ressner.pdf>.

ROMANOWSKA, Barbara, Angel, 2005. *Muzikoterapie- Ladičky a léčení zvukem*. 1. vyd. Frýdek – Místek: Alpress. ISBN 80-7362-067-7.

ROTH, Jan., 1997. O mechanismech a možných příčinách vzniku a vývoje Parkinsonovy nemoci. *Parkinson*, roč. 1, č. 1, s. 6. ISSN 1212-0189.

ROTH, Jan, DUŠEK Petr, 2006. Současná strategie léčby Parkinsonovy nemoci. *Remedia* [online]. [vid. 26. 3. 2012]. ISSN 0862-8947. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Geriatrie/Soucasna-strategie-lecby-Parkinsonovy-nemoci/8-13-gt.magarticle.aspx>

ROTH, Jan, SEKYROVÁ, Marcela, RŮŽIČKA, Evžen aj., 1999. *Parkinsonova nemoc*. 2. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-63-2.

ROTH, Jan, SEKYROVÁ, Marcela, RŮŽIČKA, Evžen aj., 2009. *Parkinsonova nemoc*. 4. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-178-3.

RŮŽIČKA, E., 1997. L-DOPA: počátek novověku Parkinsonovy nemoci. *Parkinson*, roč. 1, č. 1, s. 9. ISSN 1212-0189.

SACKS, Oliver, 2009. *Musicophilia Příběhy o vlivu hudby na lidský mozek*. 1. vyd. Praha: Dybbuk. ISBN 978-80-86862-92-7.

ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk, 1998. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-557-1.

ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára, aj., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

VYMĚTAL, Jan aj., 2004. *Obecná psychoterapie*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0723-5.

VYMĚTAL, Jan aj., 2007. *Speciální psychoterapie*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1315-1.

ZELEIOVÁ, Jaroslava, 2007. *Muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-237-9.


SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Lékařská zpráva klienta (viz. text na s. 58)

Příloha B – Deník klienta (viz. text na s. 58)

Příloha C – Záznam individuálních hudebních, domácích aktivit klienta (viz. text na s. 67)

Příloha A – Lékařská zpráva klienta

	<p>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</p> <p>Neurologická klinika 1. LF UK a VFN</p> <p>Kateřinská 30, 128 08 Praha 2</p> <p>Přednosta: prof. MUDr. Evžen Růžička, DrSc. Primář: MUDr. Petr Mechl</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">EXPY centrum</p> <p>Vedoucí lékař: Doc. MUDr. Jan Roth, CSc. tel.: 22496 5539</p>
---	---

Lékařská zpráva

Jméno: ~~Pospíšil~~ Jan

Č. poj.: 441218008

Kód ZP: 111

Bydliště: Malcova 2246, 269 01 Rakovník 1

Kontrolní vyšetření dne 28.6.2010

pac. s dg. Parkinsonovy nemoci, obtíže cca od r. 2003.

Pac. 3.úg. Parkinsonovy nemoci, útluje cca od r. 2003. Pacient u nás hospitalizován do 7.10.09 v rámci dif. dg. Mo.Parkinsoni s námi esenciální třes - uzavíráno jako komorbidita. Během hospitalizace vysazen Convulex, pac. neguje změnu stavu. Dále zvýšena dávka Staleva a Requip Modutab, se zmírněním třesu. V minulosti zkoušen Liskantin, Rivotril, bez efektu.

Posl. kontrola v 04/2010.

Od posl. kontroly stav stabilní, nejvíce pac. stále obtěžuje třes PHK, především staticko-intenční. Ranní ztuhlost, efekt léků až za ca 1h, vydrží do další dávky hraničně, pokud pac. nevezme dávku včas, zhorší se třes. Pacientovi vadí, že musí myslet na pravidelné brání léků. Jsou přítomny peak-of-dose dyskineze, mírné, pac. neobtěžují. V noci spí dobře, noční ztuhlost není. Živě sní či halucinace nejsou. Pac. již dlouhodoběji má problémy se zvýšenou denní spavostí, mívá mikrosponky, usíná při zprávách. Pac. proto již ca 1/2 roku neřídí, přilší již to neobtěžuje, na dnes objednáno do spánkové poradny. V noci chrápe trochu, zástavy dechu manželak nezpozorovala. Ráno sucho v ústech není, bolesti hlavy 0.

T.č. užívá Stalevo 150mg 1-1-1-1-1 v 6-9-12-15-18 hod, requip Modutab 16mg ráno, Rivotril 0,5mg 1-1-1, madopar HBS 125 NN, Zolof 100mg 1-0-0

Obj. 2h po dávce, lehké choreatické dyskinezy hlavy a periorálně, ménš v obl. končetin a trupu.
Klidově statický tremor Hk st. max 1bil., akineza 1/o, rigidita 1/1, chůze stabilní, bez zkrácení kroku

Závěr: komorbidita M.Parkinsoni a esenciálního třesu v.s.

zvýšená denní spavost možná při th ropinirole, t.č. pro pac. neobtěžující, pac. motorová vozidla již neřídí

Doporučení:

Medikace beze změn. Kontrola za 3-4 měsíce.

MUDr. V. Majerová

Příloha B – Deník klienta

[illegible]

Příloha C - Záznam individuálních hudebních, domácích aktivit klienta

datum	HUDEBNÍ / DOMÁCNÍ ČEK - 2021/2022					
	ráno		dopoledne		odpoledne	večer
	Poslech CD	RAP	Hudba-cvičení	Elixír	Mozková aktivace	Uklidnění
	čas v min. / pocit - kvalita - splněno (body od 1 do 5 ... nejvíc)					
16.8.	15	0	10	15	10	10
	4		4	5	4	5
17.8.	10	15	20	20	10	15
	5	4	4	5	4	4
18.8.	10	15	10	20	10	15
	5	4	4	5	4	4
19.8.	15	10	10	20	10	20
	4	5	4	5	5	5
20.8.	15	10	15	15	10	10
	4	5	5	4	4	5
21.8.	10	15	15	15	10	10
	5	4	5	4	4	5
22.8.	10	15	15	20	10	15
	5	4	5	5	4	4
23.8.	15	10	15	20	15	15
	4	5	5	5	5	4
24.8.	15	10	15	20	10	15
	4	5	5	5	4	4
25.8.	10	15	15	15	10	15
	5	4	4	4	4	5
26.8.	15	15	15	20	15	15
	4	4	4	5	5	5
27.8.	15	10	10	20	15	20
	4	5	5	5	5	4
28.8.	10	10	10	20	15	10
	5	5	5	5	5	4
29.8.	15	10	10	15	15	20
	4	5	5	4	5	4
30.8.	15	10	15	15	15	15
	4	5	4	4	5	5
31.8.	10	15	15	15	15	15
	5	4	4	4	5	5
1.9.	10	15	10	20	10	10
	5	4	5	5	4	4
2.9.	15	15	15	20	10	10
	4	4	4	5	4	4
3.9.	10	10	10	15	10	10
	5	5	5	5	4	4